

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

425

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BATISSE

Né le 3 Décembre 1897 aux Ancizes (Puy-de-Dôme)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES TUMEURS PRIMITIVES
DE LA PLÈVRE

Travail du Service du Professeur BEZANÇON et du Laboratoire
du Professeur M. LETULLE

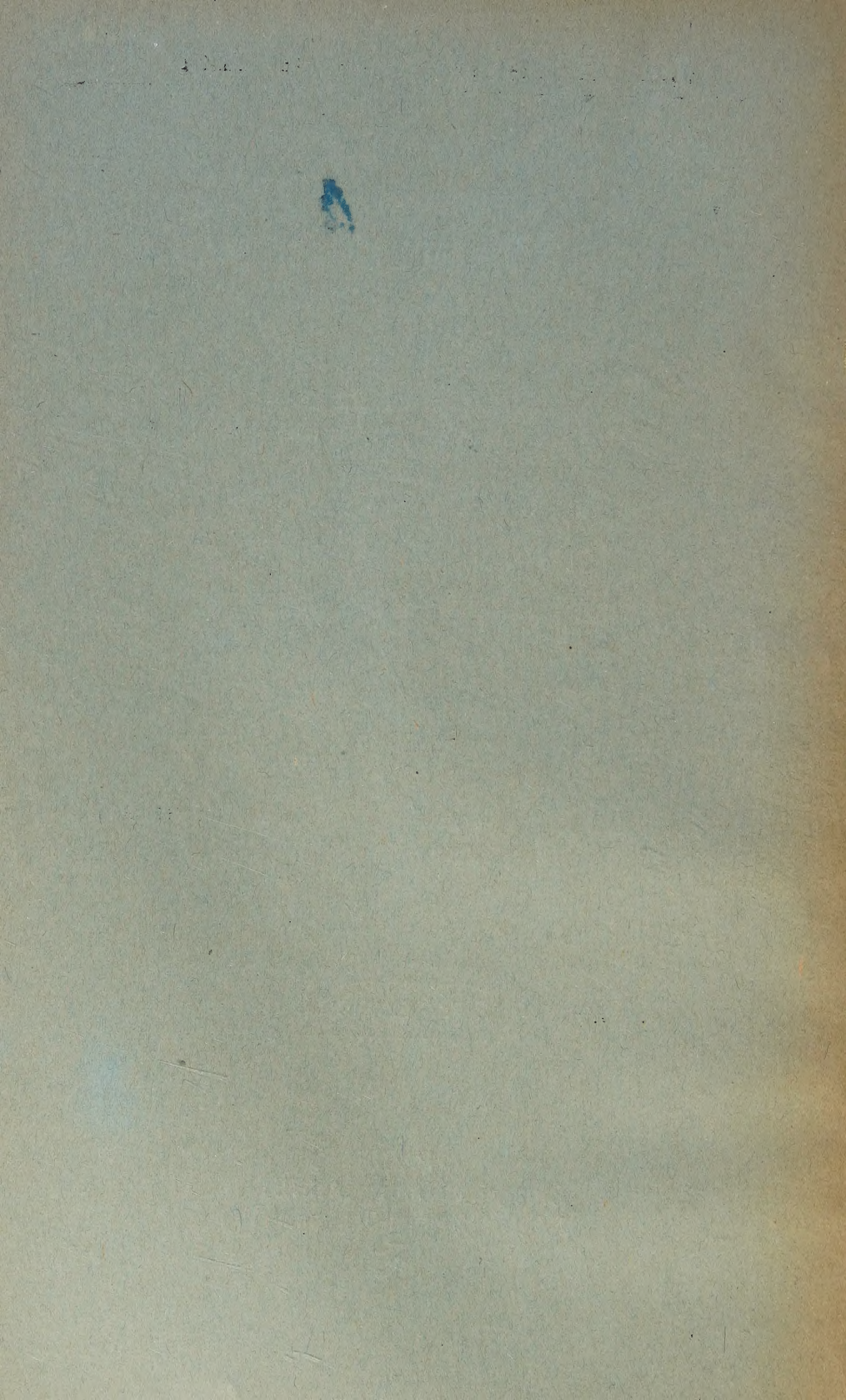
Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1925



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BATISSE

Né le 3 Décembre 1897 aux Ancizes (Puy-de-Dôme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TUMEURS PRIMITIVES
DE LA PLÈVRE

Travail du Service du Professeur BEZANÇON et du Laboratoire
du Professeur M. LETULLE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARE
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
N.	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
N	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{	N.	Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU			fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE.		PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet		RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LERI	{	N.	Clinique ophtalmologi-
LÉPER			que.

V. — CHARGES DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du tra-
FREY		vail les mutilés de guerre et les infirmes
LEDoux-LEBARD		adultes.
N...		Stomatologie.
		Radiologie clinique.
		Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour l'affection et le dévouement sans bornes dont ils m'ont toujours entouré.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR ET ♠ MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ

MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT.

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il veuille bien recevoir
l'hommage de notre respectueuse
gratitude pour le grand honneur
qu'il nous fait de présider cette
thèse.*

A MES MAITRES
DE L'HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND

MM. LES PROFESSEURS : BOUSQUET, MAURIN, BILLARD,
BUY, DIONIS DU SÉJOUR
DELORME : OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX.
ALARY ET GRASSET : CHEFS DE CLINIQUE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

M. le DOCTEUR ARROU, CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX.
M. le DOCTEUR ENRIQUEZ, MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ.
M. le PROFESSEUR COUVELAIRE.
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoulLET, MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES.
M. le DOCTEUR GERNEZ, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR AZOULAY

*qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde reconnaissance.*

INTRODUCTION

Nous devons à l'extrême obligeance de MM. Letulle Bezançon et Azoulay la communication d'une remarquable observation d'enthothéliome pleural. Cette tumeur qui était absolument pure, sans lésion pulmonaire apparente, est relativement rare.

Cette observation nous a incité à consacrer notre thèse inaugurale à l'étude des tumeurs primitives de la plèvre, dont la question est toujours à l'ordre du jour, si l'on en juge par les importants mémoires dans lesquels différents auteurs se sont attachés, non seulement à les étudier, mais encore à en discuter la forme anatomo-pathologique et l'histopathogénie.

Nous avons successivement passé en revue, dans ce travail, l'historique de la question, puis nous avons proposé une classification de ces tumeurs, ensuite nous avons étudié leurs caractères anatomo-pathologique, clinique, radiologique et diagnostique.

Ce n'est, en effet, que depuis l'article de Ménétrier du *Traité de Charcot et Bouchard* qu'on a admis l'existence propre des néoplasmes primitifs de la plèvre.

On s'est rendu compte qu'à côté des tumeurs simples tels que les fibromes, chondromes, adénomes, lipomes, souvent de volume considérable et pouvant entraîner des troubles graves de compression il pouvait exister des tumeurs malignes nées aux dépens des éléments constitutifs de la plèvre, tels que les sarcomes et les tumeurs mixtes du même type (lipomes et fibromes malins).

Cependant l'étude plus attentive des faits a permis d'individualiser un autre type de tumeurs, celles-ci propres au tissu pleural même. Ces néoplasies se développent en surface, envahissant de proche en proche la totalité de la plèvre viscérale et pariétale pour aboutir à former un vaste placard de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, entourant et étouffant le poumon au cours de sa prolifération.

C'est à ces tumeurs qu'on a donné le nom d'endothéliomes.

D'aucuns ont voulu voir en elle une tumeur née aux dépens de l'endothélium pleural; d'autres, aux dépens de l'endothélium de revêtement des lymphatiques pleuraux; d'autres enfin ne veulent pas la séparer du groupe des sarcomes.

Nous pensons qu'au cours de notre travail, nous avons montré les difficultés d'interprétation de semblables faits. D'autre part, leur étude comporte non seulement un intérêt scientifique d'anatomie pathologique pure, mais encore un intérêt thérapeutique puisque certaines de ces tumeurs circonscrites ont pu être extirpées chirurgicalement.

De leur diagnostic dépendra également l'application d'autres agents thérapeutiques, en particulier les diverses radiations.

Arrivé au terme de nos études, c'est pour nous un bien doux devoir d'adresser à nos parents qui se sont imposés bien des sacrifices pour conduire à bonne fin nos études médicales, nos plus affectueux remerciements. Puisse cet humble travail être pour eux l'expression de notre reconnaissance et la preuve de notre filial dévouement.

Nous remercions également Messieurs les professeurs Letulle et Bezançon qui nous ont accueilli avec bienveillance dans leurs services et nous ont donné les éléments de ce travail; ainsi que le Docteur Azoulay, qui fut pour nous un guide précieux et nous aida à triompher de bien des difficultés.

HISTORIQUE

Bien que l'on considère les tumeurs primitives de la plèvre comme des raretés, leur existence niée autrefois ne peut plus aujourd'hui être mise en doute et un certain nombre d'observations indiscutables ont été publiées depuis celle de Lépine en 1869 qui rapportait le cas d'un enfant de 10 ans atteint de carcinome primitif de la plèvre.

Avant lui Lemaistre, Musset, Lebert et Widal avaient observé des faits voisins de ceux qui nous préoccupent dans ce travail, mais l'absence de contrôle histologique ne nous permet pas d'en faire état.

Rokitansky décrit deux variétés de tumeurs primitives de la plèvre, d'une part celles qui sont étendues en surface, aboutissant à la formation d'un épaississement pleural généralisé plus ou moins marqué, et d'autre part les tumeurs nodulaires circonscrites ayant pour origine la plèvre viscérale.

Wagner, en 1870, décrit le lymphadénome pseudo-tuberculeux qui pour lui serait une néoplasie d'origine pleurale, de la **Ménardièrre** (1874) **Darolles** (1877) **Scholetkus** (1874) rapportent des observations de

cancers primitifs de la plèvre, mais elles ne sont pas pures, c'est-à-dire que dans ces cas la tumeur était propagée au poumon sous-jacent et il est difficile de dire si le point de départ était pleural ou pulmonaire.

Avec **Schultz Bostrøm** et **Eppinger** (1896) la notion d'endothéliome commence à se faire jour. **Moutard-Martin** dans sa thèse étudie les pleurésies hémorragiques dans une étude clinique d'ensemble, sans faire la distinction entre les cancers primitifs ou secondaires de la plèvre.

Chwostek, **Bøhme**, **Greemok**, **Nelsen**, **Vinet Hofmøkl**, **Regnault** en rapportent des observations indiscutables.

Jusqu'à Ménétrier qui isole les tumeurs primitives de la plèvre, du groupe des néoplasmes pleuro-pulmonaires, l'opinion couramment admise était que les néoplasmes pleuraux étaient toujours secondaires à ceux du poumon. Avec **Engelbach**, **Hebb**, et **Fraenckel Harris** (1893) **Tréviot** (1896) nous retrouvons la notion de *l'endothéliome*, tumeur maligne primitive de la plèvre.

Brunati et **Meodzievsky** traitent des sarcomes primitifs; **Teixera de Mattos**, **Gebhardt**, **Pirkner**, **Benda**, **G'ockner** publient de nouvelles observations d'endothéliomes.

Podack, **Fossard**, **Irsael-Rosenthal**, **Brawn** et **Kaufmann**, **Delafield**, (4 observations) **Ferrio** et **Rovere**,

Meslay et Lorrain, Lambrecht (1907) rapportent des faits précis.

Bloch, en 1905, dans sa thèse fait une excellente et très complète étude clinique, histologique et histogénique de la question. Il range les tumeurs de la plèvre en deux variétés : des sarcomes évoluant : « Tous sous la forme de tumeurs volumineuses ou exceptionnellement en petits noyaux multiples » se rencontrant chez l'enfant et l'adulte et dont la symptomatologie est masquée par l'existence d'une pleurésie hémorragique plus ou moins abondante. Des *endothéliomes* qui sont des tumeurs en surface envahissant toute ou partie de la plèvre et aboutissant à la formation de larges épaississements pleuraux, encapsulant plus ou moins les lobes pulmonaires sous-jacents; ils s'accompagnent le plus souvent de pleurésie hémorragique. Ils ont pour point de départ soit les espaces et vaisseaux lymphatiques pleuraux, soit l'endothélium de revêtement. Ils peuvent donner naissance, à des métastases viscérales qui sont fréquentes au niveau d'autres séreuses. »

Pour **Lesieur, Savy et Mazel** cette distinction entre sarcome et endothéliome serait subtile.

Bertrand, Collet, Guyot et Parcelier ont également étudié la question; **Pallasse et Roubiès** (1916) y consacrent un important mémoire avec trois observations dont une de *lipome pleural malin*.

Analogue aux cas de **Delachanal**, rare il est vrai au niveau de la plèvre, mais dont l'observation de

Sabrazès et **Muratet** est un type assez curieux, leur seconde observation est vraisemblablement celle d'un sarcome primitif de la plèvre. La troisième enfin, est un fibrome pleural énorme (5 k° 100), pédiculé, ayant envahi l'hémithorax droit.

Mme **Pommay-Michaux** et **Boué** rapportent un cas de sarcome du cœur secondaire à un sarcome primitif de la plèvre.

Rémond et **Colombiès** (1922) rapportent également un cas d'endothéliome chez une femme de 61 ans, et à ce sujet passent en revue les différents cas publiés en ces dernières années.

M. Letulle dans son admirable livre *Le Poumon* rapporte différentes observations de tumeurs primitives de la plèvre qu'il a recueillies en collaboration avec M. Bezançon et MM. Azoulay et Jacquelin. Il en publie de très belles photographies en couleur, ces documents permettent de se rendre compte d'une façon saisissante des aspects macroscopiques et microscopiques de ces tumeurs.

M. M. Letulle, Bezançon et Azoulay, dans un article qui va paraître incessamment, rapportent l'observation qui est à la base de notre travail. Ils étudient d'une façon très précise l'anatomie pathologique de ce curieux cas d'endothéliome pleural, et concluent à l'existence réelle, indiscutable, de cette néoplasie si spéciale à la plèvre.

CLASSIFICATION DES TUMEURS PRIMITIVES DE LA PLÈVRE

Comme toutes les tumeurs, les tumeurs primitives de la plèvre peuvent se ranger en tumeurs bénignes, mixtes et malignes.

Tumeurs bénignes. — Il faut les considérer avec Guyot et Parcelier comme des faits assez exceptionnels.

Ce peuvent être à notre sens soit des :

- a) Découvertes d'autopsie,
- b) Découvertes radiologiques,
- c) Découvertes cliniques.

A. — Les découvertes d'autopsie sont des curiosités pathologiques se présentant sous deux aspects bien différents : soit sous la forme d'un épaissement pleural plus ou moins circonscrit et plus ou moins régulier, faisant une saillie à l'intérieur de la cavité pleurale.

Soit sous la forme polypoïde ou pédiculée.

B. — Les découvertes radiologiques constituent des aspects radiologiques plus ou moins troublants et sou-

vent difficiles à interpréter. On arrive au diagnostic par élimination et le plus souvent, il faut bien le dire, par l'absence de signes cliniques.

Ce sont des ombres radiographiques anormales par leur siège et leur opacité souvent très marquée.

Ce sont parfois des chondromes pleuraux qui sont de diagnostic radiologique relativement facile, nous en avons observé un cas à la consultation du docteur Azoulay au dispensaire l'*Espérance*. Ils sont fréquents dans la région apicale de la plèvre et sont, soit des tumeurs développées en réalité aux dépens des cartilages costaux et dans ce cas, ils peuvent faire saillie au dehors et en dedans; soit des reliquats cicatriciels (infiltrés de cartilage) de lésions tuberculeuses pleurales guéries. On peut encore observer des lipomes et fibromes pleuraux qui se traduisent radiologiquement par une ombre moins nette et moins tranchée que les chondromes et dont le diagnostic est impossible; on conclut le plus souvent à l'existence d'un épanchement pleural de nature indéterminée.

C. — Dans le cas où la tumeur bénigne est une *découverte clinique*, elle évolue sous le masque symptomatique d'un pseudo-épanchement plus ou moins volumineux de la plèvre.

Il importe cependant de noter qu'il existe dans le tableau clinique quelques anomalies; c'est ainsi, qu'à la matité franche, s'ajoute, faits paradoxaux en apparence, l'augmentation des vibrations, l'absence de

pectoriloquie aphone et broncho-égophonie et surtout l'absence de liquide à la ponction exploratrice.

Parmi ces tumeurs bénignes il faut distinguer avec Pallasse et Roubiés les

Tumeurs bénignes proprement dites.

Sous ce titre il faut ranger l'**adénome pleural**. — Il est fort rare et l'on ne peut rapporter que le cas de P. Linser.

Le **Lipome pleural** est plus fréquent; Clark, Cruveilhier, Conner, Hare, Strannheid, en ont rapporté des observations. Il peut être arborescent, en masse, ou pédiculé comme dans le cas de Rokitansky, de Lancereaux, de Chiari et de Fitz. Le volume de ces tumeurs peut être variable et à vrai dire parfois énorme. Elles refoulent alors le poumon ou la paroi et peuvent faire hernie dans les espaces intercostaux vers l'extérieur (obs. de Czerny et de Gussenbauer).

Le lipome pleural n'est pas à proprement parler, purement pleural car il prend son origine au niveau du tissu adipeux sous-pleural.

Les **Chondromes** pleuraux, sont, nous l'avons vu plus haut, développés au niveau de la plèvre même (cas de Riésig et de Schultze) soit au niveau des cartilages costaux et peuvent dans ce cas prendre un développement pleural ou externe; cette deuxième catégorie de faits ne rentre pas dans notre étude.

Les **Fibromes** pleuraux sont plus fréquents, ils peuvent être :

a) Circonscrits

b) Diffus

c) Pédiculés

d) Libres par libération du pédicule (Rokitansky et Kauffmann); leur volume est variable, petits, ils mesurent quelques millimètres à un centimètre; gros, ils peuvent être comme la tête d'un enfant (deux cas de Schmidt).

L'observation suivante de Pallasse et Roubiès en est un curieux exemple :

Observation III. — Pallasse et Roubiès. *Fibrome de la plèvre.*

G... Jean, 59 ans, cultivateur à Chambost-Allières (Rhône), entré le 24 juillet 1913, salle Saint-Bruno, n° 16, dans le service du Dr Leclerc, suppléé par l'un de nous.

Antécédents. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Il n'a pas eu de maladies dans l'enfance. Il a fait son service en France. Nie la syphilis. Il boit 1 à 3 litres de vin par jour.

Jamais de bronchites ni d'hémoptygies. Il a eu quelques rhumes les hivers, mais peu persistants. Marié, 2 enfants bien portants. L'affection actuelle date de 6 mois.

Le début a été progressif, par de l'essoufflement dans les efforts, une toux légère, de la diminution de l'appétit et un léger amaigrissement.

Depuis plusieurs années, le malade se lève 2 à 3 fois la nuit pour uriner. Il a de l'œdème des jambes, le soir, qui s'explique par des varices. Cette année, il a eu quelques épistaxis peu importantes et se plaint de palpitations dans les efforts.

Depuis 2 mois, il ressent des points de côté à droite; mais ces douleurs sont mobiles et sont aussi ressenties à gauche. Il ne crache pas, n'a pas eu d'hémoptygies et n'a pas de sueurs nocturnes.

Peu à peu, les nuits sont devenues mauvaises. Le malade est obligé parfois, du fait de la dyspnée, de se lever et de s'asseoir dans un fauteuil.

Examen actuel. — On remarque un système pileux très développé, l'état général est bon. Dyspnée légère à 22 respirations à la minute.

Poumons. — En arrière. Rien à gauche. A droite : matité dans toute la région inférieure, remontant un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate. Disparition des vibrations vocales; pas de souffle; silence respiratoire complet; égophonie; pectoriloquie aphone.

En avant : rien à gauche ; à droite, skodisme sous-claviculaire et à partir de la 3^e côte, matité, vibrations abolies, silence respiratoire.

Cœur — Pointe déviée, dans le 7^e espace en dehors de la ligne mamelonnaire. Bruits très bien frappés, rythme pendulaire, sans souffle. Pouls fort à 80.

Pas de troubles digestifs. La paroi abdominale est tendue; aussi le foie est difficile à apprécier. Il semble déborder les fausses côtes, mais on ne sent pas de bord tranchant bien net. Rate normale.

Rien au système nerveux.

Les membres inférieurs sont variqueux, surtout du côté droit où il existe une cicatrice d'ancien ulcère.

Ankylose en flexion du petit doigt de la main gauche à la suite d'un traumatisme.

Testicule gauche atrophié.

Petite hernie inguinale droite.

Urines sans sucre ni albumine. Pas de température.

25 juillet. — Etant donnés les signes d'épanchement on pratique deux ponctions successives au lieu d'élection avec l'appareil de Potain. Résultat *négalif*. Le lendemain, on recommence des ponctions plus profondes en des points différents notamment dans l'aisselle, sans succès.

1^{er} août. — *Radioscopie.* — L'hémithorax droit est obscur dans les 3/5 inférieurs. Le cœur est dévié fortement ainsi que l'aorte et paraît gros.

A la suite de cet examen, le malade est revu attentivement.

L'abdomen est bilobé par un sillon transversal passant au niveau de l'ombilic, la partie supérieure est tendue et bombée, la partie inférieure est souple. La limite inférieure du foie est toujours imprécise.

La mensuration du thorax, au niveau des mamelons, montre une différence de 5 centimètres en faveur du côté droit. A la vue, l'hémithorax droit paraît saillant en avant alors qu'il semble aplati en arrière.

Voulant éliminer le kyste hydatique, on pratique un *examen du sang* qui ne montre rien d'anormal, pas d'éosinophilies. La *réaction de Weinberg* est négative.

Pensant à un néoplasme possible du poumon, on pratique l'examen du sang retiré au bout de l'aiguille de ponction : il est négatif. Par contre, la réaction de Weber dans les selles est positive à deux reprises, mais le régime du malade est carné. Il n'y a du reste aucun trouble digestif. Le poids est de 64 kilogrammes.

4 août. — La *radioscopie* est faite de nouveau. On voit toujours le cœur et l'aorte refoulés à gauche. La limite supérieure de l'opacité est arrondie; on remarque qu'elle est mobile et s'élève dans l'inspiration, pour s'abaisser à l'expiration. Elle suit les mouvements des côtes.

5 août. — Un peu d'œdème permanent des jambes. Urines : 700 gr. en 24 heures, elles contiennent un peu d'albumine.

7 août. — La dyspnée augmente; les nuits sont mauvaises; cyanose de la face et des extrémités. Urines toujours albumineuses. — Digitaline 1/2 milligramme.

8 août. — Dyspnée 48. Pouls 120. Pas de température. Le malade a de l'agitation et de l'angoisse. On donne de l'oxygène et de l'huile camphrée. Il meurt dans la nuit.

Autopsie. — 10 août 1913. 36 heures après la mort.

Abdomen. — Le foie n'est pas abaissé, il ne déborde pas les fausses côtes. L'estomac et le côlon sont dilatés. Le côlon transverse est en V, il adhère en bas au voisinage du cœcum. Il n'y a pas d'ascite.

Thorax. — Emphysème léger du médiastin.

Dès l'ouverture, on aperçoit une grosse masse dans l'hémithorax droit qui refoule le cœur à gauche. Dans la plèvre gauche, il n'y a pas d'adhérences. A droite, il existe une symphyse pleurale molle.

Après éviscération, on se rend compte qu'il existe une tumeur qui a épousé les contours de la moitié droite du thorax, comme si on avait fait un moulage.

Le poumon droit est refoulé en haut, en arrière et en dedans. On reconstitue les trois lobes parfaitement : le lobe inférieur est laminé comme une feuille de papier. On sépare facilement la tumeur du poumon comme il a été aisé de la détacher des côtes et du diaphragme.

Le poumon droit est atelectasié sans autre lésion. Le poumon gauche est sain. Il n'y a pas de ganglions anormaux dans le médiastin.

La tumeur pèse 5 kg 100. Elle mesure 30 centimètres de haut sur 20 centimètres de large. Elle est dure; à la coupe, il semble qu'on sectionne un fibrome utérin un peu mou..

Il existe des points ramollis et rougeâtres en petit nombre. L'ensemble est blanchâtre, translucide. Il n'y a pas de kystes. On ne trouve rien qui ressemble à un pédicule.

Le cœur (420 gr.) ne présente pas de lésions valvulaires. Rien au péricarde. Aorte un peu athéromateuse.

Le foie (1400 gr.) contient deux points hémorragiques de la grosseur d'une noisette.

Rien aux voies biliaires.

Le tube digestif examiné soigneusement ne montre rien d'anormal.

Reins gros, congestionnés.

Capsules surrénales, corps thyroïde, rate : normaux.

Examen histologique de fragments de la tumeur pleurale. Fixation à l'alcool. Coloration à l'hématéine-éosine.

Sur les coupes, colorées à l'hématéine-éosine, on constate qu'il s'agit d'une tumeur riche en tissu fibreux; on voit, en effet, à un faible grossissement, des nappes de tissu fibreux;

plus ou moins dense; en d'autres endroits, on est frappé par la présence de fibres nombreuses, allongées, réunies en faisceaux, juxtaposées sans être étroitement serrées, affectant souvent une forme ondulée et sinueuse, et présentant des ramifications; en quelques points, ces fibres sont vues en section transversale ou oblique, et ont une forme arrondie ou ovalaire. De tels éléments pourraient ressembler à des fibres musculaires lisses, mais on n'y voit aucune striation longitudinale, même à l'immersion. Il s'agit de fibres conjonctives denses, anastomosées entre elles, formant un réseau dans les mailles duquel on voit des cellules rondes, pas très serrées, presque réduites à leurs noyaux. En outre, il existe en certains points des îlots myxoïdes, où on ne voit que quelques cellules conjonctives anastomosées par de fins prolongements et plongées dans une substance hyaline.

Sur les préparations au micro-pinceau, les fibres conjonctives très nombreuses apparaissent colorées en rouge intense.

En somme, histologiquement, il s'agit d'un fibrome, sans autres renseignements, on dirait tumeur bénigne du tissu fibreux.

Pseudo-Tumeurs. — Dans ce groupe il faut ranger les :

a) Lobes pulmonaires aberrants souvent volumineux (Rokitansky, Niels, Muns),

b) Néoplasies inflammatoires.

Syphilome pleural (Souligoux et Lajane).

Tuberculome pleural : c'est le plus souvent une formation polypoïde qui recouvre une partie de la surface pleurale. (Askanazy).

Rist et Ribadeau-Dumas en ont observé un cas pseudo-tumoral bien plus curieux. Il s'agissait d'une volumineuse tumeur pleurale extirpée chirurgicalement par Ricard et qui pesait 5 kg. 500. A la coupe Rist et

Ribadeau-Dumas ont constaté des lésions tuberculeuses discrètes, entourées par une réaction fibro-conjonctive follement hypertrophique. Il s'agissait dans ce cas d'une tuberculose fibro-hypertrophique pleurale énorme.

I. — TUMEURS MALIGNES.

Ces tumeurs sont de deux ordres très différents et il est important de bien les distinguer car elles sont à notre sens très opposées.

1° Tumeurs primitives vraies de la plèvre (Endothéliomes).

Ce sont des tumeurs développées aux dépens de la plèvre elle-même et en particulier aux dépens de son endothélium de revêtement.

Ce sont de vastes tumeurs diffuses ayant pour point de départ un des deux feuillets pleuraux, parfois même les deux qui s'épaississent extraordinairement au point d'avoir de deux à trois centimètres d'épaisseur et de feutrer de la sorte la cavité pleurale, « encapsulant » (Azoulay) les lobes pulmonaires sous-jacents, qu'elles compriment, qu'elles étouffent sous leur développement hypertrophique.

Dans cette énorme plèvre la coupe révèle des géodes plus ou moins vastes allant du volume d'une noisette à celui d'une mandarine. Ces géodes sont remplies d'un liquide séro-hémorragique et fibrineux, franchement sanglant, dans lequel on trouve de nombreuses cellules

atypiques endothéliales ou cancéreuses (cellules volumineuses) plus ou moins vacuolaires, isolées ou en placard, à noyau mal coloré.

L'aspect de cette tumeur étalée en nappe est celle d'une coque pleurale blanchâtre sillonnée par des capillaires plus ou moins nombreux, congestionnés le plus souvent.

Elle s'étend en surface jusqu'à couvrir un lobe, un poumon tout entier, parfois l'atteinte bilatérale a été observée.

Dans les points où la plèvre n'est pas envahie d'une façon massive, on peut constater, en la regardant de près, qu'il existe un semis de petits nodules néoplasiques blanchâtres, de volume variable (lentille à noisette) qui confluent par place jusqu'à produire la plaque néoplasique.

La consistance en est assez molle, identique à celle du tissu lardacé tuberculeux qui est plus jaunâtre, plus résistant et moins vasculaire.

Le plus souvent ces tumeurs s'accompagnent de pleurésies hémorragiques néoplasiques de la grande cavité, mais ces épanchements peuvent être localisés et enkystés au niveau de la plèvre interlobaire par exemple (comme dans le cas principe de ce travail).

Parfois au contraire comme dans l'observation de MM. Letulle, Bezançon et Azoulay il n'y a pas de liquide dans la cavité pleurale totalement envahie par le processus néoplasique. Il y a formation d'un néoplasme pleurogène symphysaire telles sont également les obser-

vations de Darolles, Bœstrem, de Delafield (II) de Freenish, de Schultz, de Glockner (I et II), de Harris (in thèse de Bloch).

Partant de cet épaississement néoplasique on peut suivre les cloisons interlobulaires des lobules sous-pleuraux, qui ont elles aussi subi l'envahissement néoplasique. Ces cloisons interlobulaires énormément épaissies étouffent en les enserrant ces lobules comprimés. — Les prolongements intérieurs rendent la séparation pleuro-pulmonaire impossible.

METASTASES.

A. — Musculaires et tégumentaires.

Ces tumeurs donnent lieu à des métastases. Celles-ci se sont produites dans plusieurs cas, et c'est là un fait bien curieux, au niveau des téguments et des muscles de l'épaule (observation de Schultz, de Podack, de Darolles, d'A. de la Ménardière.

B. — Ganglionnaires.

Le plus souvent elles siègent au niveau des hiles du poumon (18 fois pour Bloch sur 26 cas); les ganglions sus-claviculaires seraient ensuite les plus souvent atteints (3 fois pour Bloch) les autres ganglions rétro-péritonéaux, prévertébraux, axillaires, cervicaux, ne sont que très rarement envahis.

C. — Séreuses.

La systématisation et l'affinité pour les séreuses est

telle dans ces néoplasmes qu'on voit le processus métastatique se fixer très fréquemment à la plèvre de l'autre côté (5 fois sur 26 cas, M. Bloch);

au péritoine 6 /26

au mésentère 4 /26

à la pie-mère, 1 fois.

D. — Viscérales.

Des faits ressortant de la statistique de Bloch on constate que c'est le foie qui est pris dans 1/3 des cas environ.

La rate 1 /16.

Les reins 1 /8.

Le poumon 1 /12 des cas, argument qui prouve bien la nature réellement pleurale de la lésion.

Propagations :

de voisinage au péricarde l'accompagnant de péricardite fibrineuse et hémorragique, parfois comme dans le cas d'Engelbach de symphyse péricardique néoplasique.

à la paroi très rare. — Un plan de clivage s'établit entre la plèvre et la paroi et le décollement de la tumeur est facile en général du côté pariétal alors que nous savons l'impossibilité de son décollement viscéral.

On a souvent noté au niveau des points de ponction des pleurésies néoplasiques, des *inoculations secondaires*.

Nous rapporterons ici la très belle observation que MM. Letulle, Bezançon et Azoulay ont bien voulu nous confier et qui constitue un fait anatomique indiscutable.

C'est elle qui est à la base de notre travail.

Observation (Bezançon, Letulle et Azoulay).

C... P. âgé de 68 ans est entré à l'hôpital Boucicaud le 21 février 1923 pour de l'oppression, de la toux avec expectoration et de l'asthénie intense.

Cet homme qui exerçait la profession de menuisier jusqu'en fin décembre 1922 a pu travailler.

Il n'avait jamais présenté de maladie (pas de grande pyrexie, de rhumatisme articulaire aigu, pas de syphilis connue ni de tuberculose, enquête familiale négative).

C'est insidieusement, lentement, qu'une toux rebelle, bientôt suivie d'expectoration banale et de dyspnée s'était installée. Rapidement le malade avait dû abandonner son travail.

L'examen montre un malade pâle, paraissant extrêmement abattu et amaigri; les creux sus-claviculaires sont décharnés; le grill costal éversé aux bases, mais aucune adénopathie n'est perceptible.

Poumons. — Le gauche paraît normal.

Le droit est submat dans les 2/3 supérieurs où on constate quelques petits râles après la toux, à la base sonorité normale avec gros râles humides et sibilants.

Le *cœur* est régulier, mais rapide, la pointe bat dans le 5^e espace, sous le mamelon, à 110 pulsations.

A l'auscultation du foyer mitral on perçoit un *gros souffle systolique rapeux* ayant une propagation vers l'aisselle et même vers le dos. Ce souffle couvre toute la région précordiale.

L'orifice aortique est normal.

La pression artérielle égale 17-9 au Vaquez.

Les artères sont manifestement sclérosées et cette sclérose est étendue à tout l'appareil artériel.

Le *foie* est gros, débordant les fausses côtes d'un travers de main; très douloureux, il existe un degré marqué de reflux hépato-jugulaire.

Œdème malléolaire discret.

Oligurie avec albuminurie.

Système nerveux et autres appareils normaux.

Wasserman négatif. Urée sanguine égale à 0,63.

En présence du gros souffle systolique mitral (souffle semi-fonctionnel, insuffisance mitrale scléreuse et insuffisance fonctionnelle) et des signes d'insuffisance cardiaque tels que : foie gros et douloureux, congestion de la base droite, œdème mal-léolaire, dyspnée, oligurie et albuminurie, on porte le diagnostic d'*asystolie* généralisée et on institue le traitement toni-cardiaque.

Evolution.— 5 jours après l'entrée à l'hôpital, au 3^e jour de la cure digitalique, le malade ressent un *brusque point de côté* à la base droite et aussitôt après il a une *expectoration sanglante*, crachats rouges, noirâtres, visqueux, d'odeur aigrelette, type du crachat hémoptoïque.

Cette expectoration persiste deux ou trois jours, on pense à un infarctus pulmonaire.

Cependant l'examen de crachats pratiqué peu après révèle la présence de cellules pulmonaires très déformées et d'hématies, une flore microbienne composée surtout de pneumocoques.

L'état général s'altérant beaucoup, la dyspnée augmentant, la matité des 2/3 supérieurs du poumon droit s'accusant, on pense, en raison de la présence de cellules pulmonaires très déformées dans les crachats, à l'existence d'un *cancer pleuro-pulmonaire*.

Le 11 mars nouvelle expectoration hémoptoïque accompagnée de dyspnée très vive et de point de côté. La cachexie est extrême.

Le 23 mars le malade meurt.

Autopsie le 24.

A l'ouverture du thorax on est frappé de constater que le poumon droit est entouré, enveloppé, recouvert, coiffé d'une gangue blanche épaisse qui lui adhère intimement.

Du côté costal on trouve une zone de décollement facile qui permet l'extirpation du poumon.

La coupe sagittale du poumon droit montre que cette gangue a une épaisseur variant de un à deux centimètres suivant les points.

Elle est formée d'un tissu lardacé blanchâtre mais assez riche en vaisseaux sanguins capillaires. Pas de liquide dans la cavité thoracique.

Cette gangue s'insinue dans les scissures où la plèvre interlobaire a également la même épaisseur de 1 à 2 cent. Elle sépare de la sorte les 3 lobes du poumon.

A l'intérieur de cette plèvre follement épaissie on constate des géodes, pseudo-kystiques de la forme et du volume d'œufs de pigeon, contenant une substance colloïde gélatineuse, jaunâtre ou hémorragique suivant les points.

Le poumon droit est comme enchâssé dans ce véritable matelas pleural. Il est tassé, étouffé par ce tissu engainant, mais il ne présente en aucun point de lésion de même nature.

Les *ganglions du hile* sont le siège de métastase. Le poumon et la plèvre gauche sont intacts.

Compte rendu anatomique de M. Letulle (in *Traité : Le Poumon*, Maloine 1924).

A première vue, le poumon incisé suivant son bord postérieur, dans toute sa hauteur, apparaît encapsulé dans une énorme symphyse presque généralisée, à toute l'étendue de la grande cavité pleurale. Les deux plèvres scissurales interlobaires sont, au contraire, libres sur la plus grande partie de leur surface, mais enkystées et sans communication avec la partie « cloisonnée » de la grande plèvre. En parcourant cette vaste région pathologique, on établit sans peine que la lésion, anormale au plus haut point, qui a soudé les deux feuillets pleuraux en les transformant en une couche énorme de tissu lardacé, a dû frapper la séreuse, surtout en deux points diamétralement opposés : la convexité du lobe supérieur d'une part, et, de l'autre, la face inférieure du lobe inférieur. Dans ces deux régions, une tumeur a pris naissance aux dépens de la plèvre, très manifestement et semble-t-il (au moins en h.), en envahissant, d'une façon tout à fait spéciale, le feuillet pariétal. La « bande cancéreuse » qui suit la face supérieure du diaphragme et a laissé libre, en arrière, une partie du cul-de-sac costo-diaphragmatique, est trouée, çà et là, de quelques petites cavités. Ces géodes,

Hachures : Poumon Sain
En blanc : Plevre tumo-
EN NOIR : cavernes^{rale}



creusées dans la masse lardacée, montrent en plusieurs endroits que la plèvre viscérale était moins métamorphosée que le feuillet pariétal, tout hérissé de saillies mamelonnées marchant à la conquête de la séreuse opposée.

Les poches pleurétiques cloisonnées, de différentes dimensions et qui sont comme semées le long du reste de la grande plèvre cancérisée, affectent, pour la plupart, une même disposition topographique : le feuillet viscéral s'y montre moins cancéreux que le pariétal. Au contraire, les cavités interlobaires, semblent uniformément altérées et leur paroi, tomenteuse, jaune blanchâtre, n'est presque pas néo-plasique, à en juger à l'œil nu. Le microscope démontrera qu'il n'en est pas ainsi et que le tissu fondamental de la séreuse y est sclérosé et infiltré de cellules tumorales, épithélioïdes, polymorphes, moins abondamment toutefois que les régions formidablement cancérisées. En somme la plèvre entière est prise. L'étude attentive du poumon, sur de nombreuses coupes, a prouvé que le parenchyme respiratoire ne contenait que de place en place (comme en f) des noyaux cancéreux métastatiques accolés, presque toujours, à des vaisseaux sanguins sains et, surtout, à des lymphatiques *oblitérés par des cellules endothéliomateuses*. Les travées blanchâtres qui se détachent, en petit nombre, de la plèvre, dans l'épaisseur du lobe supérieur, sont autant de lames de sclérose interlobulaire pleurogène endothéliomateuse.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

A) **Plèvre.** — Les deux feuillets de plèvre pariétale et viscérale sont envahis par la tumeur.

En certains endroits la plèvre pariétale est largement déformée par les fusées tumorales qui traversent la paroi endothoracique et viennent au contact des muscles intercostaux.

Dans la cavité, les masses néoplasiques s'enfoncent à la rencontre de la plèvre viscérale néoplasique épaissie jusqu'à se fusionner avec elle en de nombreux endroits. Celle-ci est ainsi le siège d'un travail hyperplasique tumoral de même aspect.

Par place la production néoplasique viscérale laisse une cavité entre elle et la plèvre pariétale. Cette cavité est recouverte d'un fin réseau de fibrilles fibrineuses avec des globules rouges.

Ces globules rouges forment des amas. Entre ces amas des prolongements fibroïdes s'étendent en tractus. Sur ces tractus on découvre des cellules tumorales souvent réunies en amas linéaires.

On note trois aspects, aspects bien particuliers : Le tissu pleural proprement dit est largement envahi par un *tissu du type fibro-sarcomateux*; cet envahissement est diffus, inégal comme distribution. Les points les plus envahis montrent la destruction de la limitante élastique externe.

En certains endroits, l'infiltration du tissu fondamental de la plèvre n'est pas complète, on trouve même des zones encore respectées.

Dans le tissu sarcomateux pleural les cellules tumorales affectent des formes et des dispositions très variées, souvent il s'agit de grandes cellules anguleuses, de dimension irrégulière et qui sont comme semées dans le plus grand désordre, dans le tissu fibroïde dense. Il en résulte un nombre incalculable d'ondulations irrégulières, mais qui n'affectent point la disposition en tourbillons du sarcome.

Mais d'une façon générale, les mailles interstitielles de ce tissu fibreux sont toutes envahies par ces cellules, si bien que sur la coupe la proportion des cellules l'emporte sur celle du tissu fibreux.

b) En certains endroits l'aspect diffère totalement : *il affecte l'aspect pseudo-carcinomateux* : les cellules tumorales ne sont plus mises bout à bout en séries linéaires, mais elles se disposent en cavités glanduliformes rappelant tout à fait les cavités glandulaires. Ce sont des cavités tapissées par de grandes cellules cuboïdes. Elles sont accolées à des tissus fibreux. Dans la lumière flottent des cellules grandes, vésiculeuses rappelant le macrophages, chargés de fines granulations grasses.

En quelques endroits ces cavités sont assez larges pour donner l'impression de vaisseaux coupés obliquement et l'on com-

prend que certains auteurs aient pu prendre ces cavités pour des lymphatiques en voie de dégénérescence endothéliomateuse (Nelsen, Frœnckel (fig.). Notons que ces aspects peuvent être d'ailleurs identifiés par des cavités sanguines tapissées ou recouvertes par un revêtement endothéliomateux. (fig.)

Toutes ces lésions sont développées à la surface de la plèvre viscérale, c'est-à-dire en plein tissu inflammatoire sarcomateux.

S'agit-il de vaisseaux sarcomateux de nouvelle formation ayant bourgeonné à la surface de la plèvre. — A-t-on affaire à des foyers hémorragiques recouverts de cellules sarcomateuses ou s'agit-il même de vaisseaux lymphatiques gorgés de sang au voisinage de la pachy-pleurite néophasique que nous venons décrire.

En certains points particulièrement choisis on peut voir *le point de départ de la tumeur pleurale.*

On voit le tissu toni-séreux s'hyperplasier, devenir fibroïde et s'accompagner de formation vasculaire simple nullement sarcomateuse.

Mais en même temps que sa végétation fibro-vasculaire provient de la surface de la plèvre, le revêtement endothélial prolifère d'une façon très interne et envoie des fusées endothéliomateuses désordonnées, différemment disposées soit en colonnes ou en formations tubuliformes, qui donnent à la région un *aspect carcinomateux* des plus remarquables (fig.). Cet aspect est d'autant plus surprenant que la surface de la plèvre en passe de devenir tumorale est tapissée par une couche de cellules endothéliales peut-être néoplasiques, mais régulièrement implantées.

Poumons. — L'écorce pulmonaire en bordure de la plèvre sarcomateuse montre en de nombreux endroits que les alvéoles au contact même de la limitante profonde sont très souvent remplis par des éléments sarcomateux fortement tassés dans les cavités aériennes. En d'autres termes *l'infiltration de la plèvre viscérale déborde dans les infundibula corticaux*; on assiste même à l'invasion de la cavité aérienne par des dépôts de cellules tumorales.

Aucune hémorragie d'ailleurs ne se produit dans les cavités alvéolaires et les réactions inflammatoires (alvéolite) y sont minimes : les cellules à poussières modérément abondantes.

Par contre les *cloisons interlobulaires* qui s'insèrent sur la plèvre sont très fréquemment le siège d'une formidable invasion sarcomateuse, on voit de chaque côté de la cloison la limitante du lobule épaissie, onduleuse; la gangue conjonctive vasculaire de la cloison apparaît tuméfiée fibro-sarcomateuse. Les cellules tumorales s'accumulent en désordre dans les espaces interstitiels élargis, bientôt la limitante élastique du lobule éclate et les colonies cellulaires pénètrent à l'intérieur des alvéoles marginaux qu'elles oblitèrent plus ou moins complètement. Le reste des cavités aériennes du lobule est rempli par un œdème assez abondant, au milieu duquel flottent des cellules à poussières, des cellules pulmonaires de pneumonie et des leucocytes de différents ordres.

Simultanément les vaisseaux logés à l'intérieur des cloisons subissent des altérations diverses; d'abord les vaisseaux lymphatiques sont infectés de cellules sarcomateuses sans existence de thrombo-lymphangite oblitérante.

Les veines pulmonaires ça et là voient leur membrane interne transformée de proche en proche par du tissu sarcomateux en même temps que le sang peut former un volumineux thrombus fibrino-hématique bien plus que leucocytaire.

Les bronches sont souvent le siège d'irritation œdémateuse légère et en certains points la *bronchite sarcomateuse*, au cours de laquelle de volumineuses cellules à noyau bourgeonnant s'associent à des leucocytes, à cellules à poussières et à de l'épithélium bronchique desquamé.

Observation (Meslay et Lorrain).

Cancer primitif des deux plèvres. — Femme, 41 ans; début par troubles vagues, essoufflement, puis point de côté à droite, dyspnée, toux, vomissements à la suite de mouvements brusques.

Signes classiques d'épanchement à droite; à gauche, congestion. Albuminurie légère. Etat général satisfaisant. Pas de ganglions.

On fait à droite, puis, après trois semaines, à gauche où les symptômes s'étaient précisés, une série de ponctions : le liquide est hémorragique, et doit être retiré lentement à cause de la tendance à la syncope. On fait ainsi dix-huit ponctions de 1.300 grammes en moyenne.

Peu d'amaigrissement. Température 37°4 - 38°. Rien du côté des poumons.

Mort deux mois après son entrée.

Examen cytologique du liquide. — Caillot floconneux nageant dans le liquide. On trouve les éléments du sang et de nombreuses cellules, isolées ou groupées en placards, plus grandes que des cellules endothéliales, polymorphes, avec gros noyau difficile à colorer, et vacuoles protoplasmiques : certaines cellules ont deux noyaux et ressemblent à des cellules néoplasiques.

L'examen du sang a montré une légère polynucléose.

Autopsie. — Un demi-litre de liquide hémorragique dans chaque plèvre.

Les sommets des poumons sont adhérents.

Plèvre viscérale très épaissie, surtout en bas, où elle forme une coque lisse, gris ardoise. Les deux poumons sont soudés l'un à l'autre au niveau de leur bord antérieur. La plèvre médiastine gauche s'étale au-devant des vaisseaux de la base du cœur en formant une lame épaisse de 2 millimètres, qui se continue avec le péricarde, et les plèvres médiastines antérieure et viscérale droite, soudées. Il n'y a que du tissu adipeux dans la zone du thymus.

Les scissures pulmonaires sont comblées. Sous la plèvre diaphragmatique gauche, deux petites tumeurs d'apparence grasseuse, dont l'une contient un noyau gros comme un pois. Léger exsudat péricardique; quelques taches sur le feuillet pariétal.

Rien à la coupe sur le poumon, ni sur les autres organes, tous examinés.

Examen histologique. — Le tissu néoplasique est formé

d'un réseau fibrillaire conjonctif, contenant, disséminées dans ses mailles, des cellules polymorphes, avec gros noyaux. Par places, sortes d'alvéoles contenant ces cellules groupées sans ordre, et ayant l'aspect épithélial. Vaisseaux néoformés. Lymphocytes. Le poumon paraît isolé de la tumeur par une bande fibreuse dense.

A gauche, mêmes caractères : quelques tractus conjonctifs, pénétrant le parenchyme pulmonaire, contiennent des amas cancéreux. Le péricarde est légèrement infiltré. La petite tumeur contenue dans le lipome sous-pleural était cancéreuse.

Observation (Ferrio et Rovere. I). — Endothéliome.
— Homme, 49 ans. Début par douleur thoracique et dyspnée. Aspect cachectique. Epanchement droit considérable : on en retire un liquide hémorragique avec cellules vacuolaires, et globules graisseux, souvent groupés en amas

Reproduction rapide de l'épanchement...

Température 38°-39°. Mort dans le collapsus deux mois après le début

Autopsie — Grande quantité de liquide hémorragique dans la plèvre droite. Poumon rétracté et atélectasié, du volume d'une tête de fœtus. Plèvre d'aspect blanchâtre, épaissie surtout à la base, recouverte d'un exsudat fibrineux, rouge-brun.

Rien à gauche. Petit exsudat péricardique. Aucune tumeur macroscopique ni sur superficie, ni sur coupe du poumon, qui est ardoisé, traversé de faisceaux fibreux blanchâtres.

Examen histologique. — Stroma fibreux de 1 mm. d'épaisseur, de 8-9 mm. en bas : le poumon en est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche.

Dans le lobe supérieur du poumon, on ne trouve qu'une infiltration de cellules rondes et des lésions de sclérose ancienne, sans trace de tissu néoplasique.

L'endothélium de bordure n'existe plus.

Au niveau du lobe moyen, on trouve après une couche fibreuse infiltrée de globules de pus, et des éléments du sang;

une couche de tissu connectif avec alvéoles remplies de nids cellulaires de grandeur variable.

Les cellules sont arrondies, ou ovalaires, avec un ou plusieurs noyaux vésiculeux; figures de mitoses. Les nids les plus petits sont composés d'une rangée cellulaire représentant l'endothélium primitif des espaces lymphatiques. La limite avec le poumon est nette : quelques nids cellulaires dans les travées conjonctives. Sclérose pulmonaire. Anthracose. Même lésions au niveau du lobe inférieur et de la plèvre diaphragmatique.

Observation (Teixeira de Mattos).

Endothéliome.

Homme de 64 ans. Début par toux et dyspnée. Aspect pâle; pas d'œdèmes. A droite on trouve submatité, diminution de respiration et de vibration, sensation de râles lointains. Pas d'élargissement du thorax ni de signes de compression; on a en somme des signes d'épaississement pleural plutôt que d'épanchement. Expectoration spumeuse. Légère élévation de température. Dyspnée augmente. Mort dans le collapsus. Pas de ponction.

Autopsie. — Soudure du médiastin avec le péricarde et les plèvres, et de celles-ci à la paroi; le tout forme un bloc blanchâtre. La cavité pleurale gauche est réduite aux dimensions d'un poing d'homme, et contient 80 cm³ de liquide hémorragique. L'épaississement atteint 4-5 mm. et jusqu'à 11 mm. en bas. Soudure des plèvres viscérale et pariétale, et pénétration du néoplasme le long des plèvres interlobaires. Le poumon contient un peu d'air, ne présente aucune altération macroscopique. Noyaux dans les ganglions bronchiques.

A droite : un peu plus de liquide. L'épaisseur des plèvres atteint 6 cm. Quelques nodules dans le poumon. Il en sort un suc blanc laiteux. Ganglions sus-claviculaires sont pris. Quelques noyaux sur le côté péritonéal du diaphragme.

Microscopiquement. — Stroma alvéolaire avec cellules polymorphes.

Observation (Pirkner).

Cancer endothélial.

Homme de 53 ans. Pleurésie ponctionnée avant son entrée. Aspect phthisique. La moitié gauche du thorax est dilatée, et partiellement immobilisée, les espaces intercostaux effacés. Matité avec absence de respiration et de vibrations. Abcès en arrière, au niveau de la ponction. On diagnostique un empyème.

Résection de sixième côte; évacuation de pus en grande quantité. Poumon rétracté; drainage; pansement sec. Sécrétion abondante.

A droite matité aussi; une ponction donne 200 grammes de liquide séreux trouble. Mort.

Autopsie. — Le thorax contient du liquide à droite. A gauche les deux feuillets pleuraux sont soudés sur la ligne mamillaire. La plèvre pariétale atteint 2 cm. d'épaisseur à la coupe; elle n'a pas l'apparence normale d'une membrane pleurétique, mais contient des endroits opaques, blancs, comme cicatriciels, ailleurs d'aspect médullaire. Des noyaux partis de cette portion de la séreuse s'enfoncent dans les espaces intercostaux jusqu'aux muscles. Sur la plèvre viscérale, noyaux plats, isolés, et quelques tractus élargis en réseaux, avec infiltration jaune-blanchâtre. Le poumon est atelectasié, sans lésions.

A droite la plèvre porte des petits noyaux circonscrits, gros comme des lentilles.

Péricarde. — Petites élevures sur le péricarde pariétal, soudure sur sa moitié gauche avec la plèvre : le tout forme une masse lardacée, semblable à du cuir.

La cavité abdominale contient 600 grammes de liquide laiteux. Quelques élevures comme des pois sur le mésentère, la surface péritonéale du diaphragme, la rate, et le revêtement du foie. Reins : hémorragies punctiformes de l'écorce. L'épiploon est épaissi et rétracté, les vaisseaux lymphatiques sont dilatés. On n'a pu trouver de tumeur abdominale primitive.

Examen microscopique. — Substance fondamentale, avec

fentes remplies de cellules disposées en rangées, amas, cylindres, ou irrégulièrement : elles sont polymorphes. Le tissu conjonctif est riche en cellules plates et rondes, et prédomine.

L'endothélium de revêtement de la plèvre persiste par traces, en assises de plusieurs couches.

Les cellules néoplasiques ont un caractère épithélioïde; elles sont volumineuses, et ressemblent à des cellules d'épithélium plat : les noyaux sont volumineux. Mitoses. Dans les portions superficielles, les cellules sont plus abondantes : aspect alvéolaire et nettement carcinomateux surtout au niveau des nodules. Mais en somme le tissu conjonctif prédomine : on voit le néoplasme partir des fentes lymphatiques avec toutes les phases amenant à la forme alvéolaire. Les métastases ont une structure analogue.

C'est en somme une tumeur diffuse, endothéliale, ressemblant au cancer, et issue du tissu conjonctif de la plèvre.

I. — LYMPHANGITES PROLIFÉRANTES.

A côté de ces endothéliomes dont les observations sont indiscutables, il existe un certain nombre de faits qui en sont très voisins sinon identiques et qu'on peut ranger dans la classe des endothéliomes.

Ce sont des observations de tumeurs qui au dire des auteurs qui les ont décrites, prennent naissance au niveau du réseau lymphatique sous-pleural, lequel est comme chacun sait très abondant.

C'est Schweningen en 1882 qui le premier a montré l'existence de pareilles tumeurs d'ailleurs difficiles à différencier des endothéliomes. Il leur a donné ce nom de lymphangites proliférantes.

Cet auteur affirme avoir constaté que le point de

départ de la tumeur se fait au niveau de l'endothélium de revêtement des lymphatiques sous-pleuraux.

Nielsen dix ans plus tard en publiait une autre observation. Froenkel à son tour en 1892 en publiait une autre.

Dans tous ces cas la systématisation des lésions au système lymphatique est vraiment remarquable puisque les lymphatiques d'un certain nombre d'organes du tronc et de l'abdomen sont tous atteints également; nous rapporterons ici ces trois observations :

Observation (Schweninger).

Lymphangitis prolifera. — Pas d'histoire clinique.

Cadavre de 54 ans; femme qui, sauf une ascite, n'avait pendant sa vie présenté rien d'anormal; il sort du ventre un liquide blanc verdâtre, trouble, avec nombreux corpuscules gras, et des cellules endothéliales en dégénérescence graisseuse. En outre, réseaux lymphatiques partiellement obstrués sur intestins, très variqueux.

Tumeur pylorique qui n'est qu'un épaissement de la musculature comme dans l'ulcère simple (?)

Dans tous les organes abdominaux les lymphatiques semblent intéressés : leur tissu interstitiel est épaissi; il y a des lymphatiques cancéreux sur les reins, les capsules surrénales, des nodules sur le foie et les ovaires.

De même dans le poumon et les plèvres les lymphatiques sont dilatés et remplis de masses cancéreuses ainsi que le péricarde.

Observation (Nielsen).

Lymphangites carcinomateuses.

Homme de 37 ans. Symptômes d'exsudat à droite.

Une ponction donne du liquide trouble, avec hématies, leucocytes et cellules épithélioïdes en plaques.

Autopsie. — Dans le muscle petit pectoral droit : deux noyaux gros comme un pois.

La plèvre droite contient trois litres de liquide brun rouge. La plèvre gauche un demi-litre. Le poumon droit est rétracté, et du volume du poing. Toute la séreuse est traversée d'une masse blanchâtre en noyaux confluent, plats, ou en bandes formant un réseau. L'épaisseur atteint $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre. Couche fibrineuse jaune-rouge.

Dans le poumon on trouve de petits noyaux gros comme des lentilles, le long des bandes conjonctives.

Les ganglions bronchiques et axillaires sont engorgés et contiennent des noyaux cancéreux.

La plèvre gauche est également infiltrée, ainsi que le poumon. Petits noyaux de la capsule du foie.

Examen histologique. — Toutes les parties de la plèvre participent au processus : on trouve un stroma conjonctif avec des cavités qui sont des lymphatiques dilatés, remplies de cellules. Structure alvéolaire.

Un premier réseau superficiel donne des canaux plus ou moins obliques pénétrant dans la profondeur, où l'on trouve des espaces plus larges. Les cellules sont polygonales, (plus petites que celles de l'épithélioma glandulaire ordinaire). Par endroits, transformation colloïde et dégénérescence graisseuse. Outre ces parties, arrivées à un stade ultime, il y en a où l'endothélium est normal ou à peine altéré. Il a fait des coupes en série qui montrent toutes les transitions. Les cellules du tissu conjonctif prolifèrent par endroits. Les parties les plus jeunes sont au centre. *Tout le système lymphatique est pris à la fois*, d'abord le réseau profond, puis le superficiel, et enfin l'intermédiaire.

L'endothélium de bordure est absent presque partout : là où il existe il est presque cylindrique.

Peu de vascularisation. Pénétration du néoplasme dans le tissu interstitiel du poumon, et dans les bronches, jusque sous la muqueuse,

Les noyaux métastatiques ont une structure nettement cancéreuse. Dans le foie la propagation se fait surtout dans les espaces périvasculaires.

Observation. (Frœnkel).

Lymphangitis proliferans.

Homme de 49 ans. Début par symptômes de pleurésie, point de côté, transpiration. Signes d'épanchement gauche. Température, 38°. Une ponction donne 400 centimètres cubes de liquide fortement hémorragique, presque opaque. Le thorax paraît affaissé. Puis oppression croissante. Pouls 110. Sueurs. Expectoration muqueuse sans bacille de Koch. Un ganglion gros comme une noisette apparaît dans le creux sus-claviculaire gauche.

Une deuxième ponction donne 1200 grammes de liquide encore plus foncé, semblable à du sang veineux pur. On trouve dans le sédiment des cellules épithéliales, rondes ou polyédriques, polymorphes, quelques-unes en massue, contenant des vacuoles et un gros noyau. Amas graisseux ayant un aspect de « mûre » tant les particules sont confluentes.

Troisième ponction, 1200 grammes. Pouls 136. Mort après six semaines.

Il pense d'abord à la tuberculose. Le ganglion sus-claviculaire et la deuxième ponction le fait songer à une tumeur.

Autopsie. — Dans péricarde un demi-litre de liquide hémorragique.

Dans plèvre gauche, deux litres du même exsudat.

Sur les deux séreuses, couche fibrineuse rouge-brune.

Adhérences de la plèvre pariétale à la paroi.

Epaississement général de la plèvre avec bandes, allant de $\frac{2}{3}$ m*m, à $\frac{1}{2}$ c/m. Pas de nodule.

Après enlèvement de la couche fibrineuse, aspect assez plat de la séreuse, avec, cependant, quelques saillies et enfoncements : aspect trabéculaire. A la coupe et par pression il sort des gou-

telettes blanchâtres d'un exsudat chyliforme. La plèvre viscérale est épaissie également.

Poumon atélectasié, rétracté, sans aucune lésion.

Aspect cancéreux du ganglion sus-claviculaire.

Foie, rein, augmentés de volume, mais sans aucune altération.

Examen histologique. — Tissu connectif pauvre en cellules. Fentes lymphatiques dilatées, et remplies de cellules polymorphes, surtout cubiques, avec ou sans lumière centrale. Sur certaines parties des coupes, on voit l'endothélium plat circonscrivant la fente présenter toutes les transitions avec les cellules polymorphes : on voit ces transitions surtout au centre de la coupe. Pas de dégénérescence ni d'inclusions comme dans les carcinomes. Infiltration de cellules rondes.

Sur parties superficielles, dégénérescence fibroïde de la plèvre. L'endothélium de bordure de la plèvre manque le plus souvent; par endroits, il prolifère et donne des cellules semblables à celles des nids pseudo-néoplasiques. Le point de départ par l'endothélium des lymphatiques est certain.

Mêmes lésions dans le ganglion. Dans certains sinus dilatés on voit un revêtement épithélial unicellulaire, se distinguant des masses cellulaires centrales.

II. — FAUSSES TUMEURS MALIGNES DE LA PLÈVRE

A côté des tumeurs malignes vraies de la plèvre, des endothéliomes, c'est-à-dire des tumeurs à point de départ purement endothélial, donc du revêtement né aux dépens de l'endoblaste primitif il se place toute une série d'autres tumeurs malignes de la plèvre. Nous n'hésiterons pas à en faire une classe à part. De l'étude des faits publiés à ce jour, il résulte que l'on range toutes ces tumeurs dans un même groupe,

nous allons essayer de montrer au contraire qu'on doit les en séparer.

L'endothéliome, ou tumeur primitive vraie, est une tumeur étalée, en surface, aboutissant à la formation d'un épaississement pleural plus ou moins considérable et toujours très étendu, d'aspect s. r. physaire. C'est une tumeur diffuse.

Les autres tumeurs sont *circonscrites*, elles forment à proprement parler une tumeur, c'est-à-dire une lésion frappant une partie déterminée de la surface pleurale, pouvant acquérir un développement considérable, jusqu'à former une masse plus ou moins sphérique atteignant un poids variable mais souvent très élevé comme dans l'observation de Garré (1250 gr.), celle de Seydel (5 à 6 kg.).

Ces tumeurs provoquent des troubles divers de compression. Elles sont plus envahissantes que les endothéliomes, et on les voit le plus souvent pousser des prolongements dans le diaphragme, le péricarde, apparaître entre les espaces intercostaux et même sous le rebord costal.

Ces tumeurs pleurales sont le plus fréquemment, comme l'a montré M. Bloch, des *sarcomes* qui ont pour point de départ le tissu conjonctif sous-pleural, c'est pour cette raison d'ailleurs qu'on les observe, le plus souvent chez les sujets jeunes, des enfants et des adolescents, nous rappellerons ces notions dans notre chapitre étiologie. Nous rapporterons quelques observations typiques de sarcomes pleuraux.

Observation (Rosenthal, I).

Sarcome primitif.

Homme de 19 ans qui tombe malade après un traumatisme de la moitié droite du thorax, et entre au bout d'un mois avec tous les symptômes d'un volumineux épanchement pleural droit. Un peu de fièvre.

Plusieurs ponctions évacuent de petites quantités (200 gr. au plus) de liquide brun chocolat, et souvent restent blanches.

Mort au bout de dix jours.

A l'autopsie on trouve un énorme sarcome à cellules rondes de la plèvre droite, avec compression du poumon sous-jacent sain.

Tous les autres organes ainsi que les ganglions du médiastin sont sains.

Observation (Blumenau).

Néoplasme malin primitif. — Homme de 23 ans. Début depuis deux mois, insidieux : douleur à gauche, avec irradiations vers le sacrum et les membres inférieurs. A son entrée : amaigrissement, cachexie cancéreuse; peau jaunâtre. On voit une saillie en arrière et à gauche sur le thorax, douloureuse à la palpation : immobilisation, matité fixe, affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire. Le coeur n'est pas dévié. Rien ailleurs. Température 37°8 (soir). Ponction négative. On pense à néoplasme pleural ou pulmonaire, car il n'y a pas de signes de compression des organes médiastinaux. De plus pas de toux ni d'expectoration.

Plus tard, affaiblissement progressif, paraplégie avec paralysie des sphincters, escharres sacrées.

Mort dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Sérosité sanguine dans la cavité pleurale gauche : le poumon est rétracté. On trouve une énorme tumeur (3 kilos) adhérente à la paroi thoracique, la colonne vertébrale, le sternum. Le feuillet viscéral de la plèvre est épaissi et contient

des noyaux gros comme un pois ou un haricot. Couleur rose blanchâtre, consistance molle, surface irrégulière de la tumeur.

Péricarde épaissi; ganglions médiastinaux pris; le lobe inférieur du poumon gauche est envahi. De même les corps des 3 dernières vertèbres dorsales, et des 2 lombaires : compression de la moelle.

Histologiquement. — Sarcome globo-cellulaire parti du feuillet pariétal de la plèvre.

III. — TUMEURS MIXTES DE LA PLEVRE.

Le voisinage immédiat d'autres organes, rend la plèvre susceptible d'être envahie par des tumeurs qui ne lui sont pas propres, mais dont le développement et la symptomatologie intra-pleurale en impose pour des tumeurs vraies de la plèvre. On peut ranger avec Pallasse et Roubiès, dans ce groupe de faits les observations suivantes de

Chondro-sarcomes pleuraux (Ribbert).

Fibro-sarcome myxomateux (Braun et Mehrdorf), (Sabrazès et Muratet) et *myxosarcome* (Pérey Kidd).

Lipome sarcomateux (Pallasse et Roubiès) obs. I

Nous rapportons ici les deux observations de lipome et fibrome.

Observation (Sabrazès et Muratet)

Myxo-fibrome sarcomateux. — (D'origine pleurale, à marche lente, traité chirurgicalement avec succès; évolution maligne myxo-fibro-sarcomateuse quatre ans après, à la suite d'une incision et de l'issue du néoplasme infecté et saignant hors du thorax).

Une femme de 43 ans se plaint depuis un an de douleurs dorsales, de dyspnée, d'inappétence, de vertiges. Elle est couchée sur le côté droit, faible, souffreteuse, cyanosée, respirant péniblement.

L'hémithorax droit, voussuré dans sa partie moyenne et inférieure ne s'amplifie que très peu pendant l'inspiration. Les espaces intercostaux sont plus resserrés qu'à gauche. Il existe sur lui un réseau veineux très apparent. Il est mat à la percussion à partir de la troisième côte en avant jusqu'au milieu de l'omoplate en arrière. Les jugulaires sont turgides. La pointe du cœur déjetée à gauche bat sur la ligne axillaire moyenne. Le pouls radial est plus faible à droite. La zone de matité pulmonaire, opaque aux rayons X, est convexe en haut, les vibrations sont exagérées à son niveau. Le murmure vésiculaire est aboli dans la région de l'aisselle droite et très affaibli dans le reste du poumon où s'entendent quelques frottements pleuraux. Plusieurs ponctions ne ramenèrent qu'un peu de sang. Une laparatomie exploratrice n'éclaira pas le diagnostic. La mort survint un an et demi après le début de la maladie. Voici les constatations nécropsiques :

Amaigrissement, infiltration œdémateuse jusqu'à mi-cuisse, réseau de grosses veines sinueuses sur la clavicule droite, hypertrophie des 2 lobes thyroïdiens, (goître colloïde, (ascite). L'hémithorax droit est comblé par une énorme tumeur qui a refoulé le bord droit du cœur à deux travers de doigt au delà du bord gauche du sternum. Le poumon droit, comprimé, fait corps en haut et en arrière avec la paroi thoracique. Tout l'hémithorax droit est occupé par une tumeur solide adhérente à la plèvre costale et au péricarde par l'intermédiaire de tractus conjonctifs très vascularisés. Pas de liquide dans la plèvre. La tumeur pèse 3 kilos 720 et mesure 22 cm. sur 11 et 19. Elle représente une sorte de moule plein de la cavité thoracique dans sa moitié droite. Elle repose par sa base sur le diaphragme. Elle s'amincit en haut, a une capsule lisse, inégale, avec une surface un peu mamelonnée. Sa consistance est dure, sa couleur gris blanchâtre. Le poumon droit déjeté en haut est grisâtre,

marbré d'anthracose, seul le lobe supérieur crépité, les autres sont atélectasiés. La surface de coupe laisse exsuder une sérosité filante. Le centre blanc grisâtre est luisant, la périphérie un peu brunâtre est plus vascularisée, hémorragique par places.

L'examen microscopique montre partout du tissu fibreux, plus dense au niveau de la capsule, plus jeune avec des ilots en transformation myxomateuse vers le centre de la tumeur. Les cellules conjonctives libérées de leurs attaches fibreuses dans les parties marginales plus vascularisées, s'arrondissent, se multiplient, s'accumulent autour des vaisseaux, formant là des nids sarcomateux.

On estime que ce fibrome devait exister depuis longtemps à l'état de tumeur bénigne, inoffensive, pauvre en vaisseaux, mal nourrie, subissant par places la dégénérescence muqueuse. A la suite de ponctions exploratrices répétées, des adhérences se sont établies entre la tumeur, la plèvre, le péricarde grâce auxquelles une vascularisation d'emprunt plus importante est venue apporter aux parties périphériques du néoplasme, un sang plus généreux qui a activé son développement : les cellules conjonctives ont proliféré et pris un caractère sarcomateux.

Observation (Pallasse et Roubiés).

Lipome malin de la plèvre (Partie Clinique résumée). — D... Henriette, 75 ans. Rien dans les antécédents pulmonaires. Pas de stigmates de syphilis. Opérée 2 ans avant sa mort d'une affection tibio-tarsienne indéterminée.

Depuis deux ans : toux, oppression, douleur thoracique gauche. Tumeur mobile de la grosseur d'une orange dans la paroi abdominale, à droite et au-dessus de l'ombilic.

Thorax globuleux, dyspnée intense, toux incessante, pas d'hémoptysie. Dans la fosse sus-épineuse, deux tumeurs lipomateuses non douloureuses.

Hémi-thorax gauche : matité, abolition des vibrations,

signes de liquide, matité remontant à la clavicule en avant et couvrant l'espace de Traube en bas. — La ponction ramène un liquide hémorragique (lymphocytes, cellules à vacuoles). Gros ganglions de l'aisselle droite.

Mort le 1^{er} janvier.

Autopsie — Le 2 janvier, 24 heures après la mort.

Dès l'ouverture de la cage thoracique, on aperçoit tout l'hémithorax gauche comblé par une énorme tumeur qui refoule le cœur à droite. Cette tumeur, d'aspect gélatiniforme, ou mieux colloïde, occupe toute la cavité pleurale gauche, et est adhérente à la plèvre costale sur presque toute son étendue : un seul point persiste de la grande cavité pleurale, il est situé en bas et en arrière et constitue une loge contenant une petite quantité de liquide hémorragique (c'est dans cet espace qu'a pénétré l'aiguille de la ponction). La tumeur remonte jusqu'à la clavicule; en bas, elle refoule le diaphragme qui descend bien plus bas à gauche qu'à droite, et qui, à gauche, est presque convexe du côté de l'abdomen.

On enlève ensuite les divers organes de la cage thoracique.

Hémithorax gauche. — La tumeur, énorme (poids : 3 kg. 500), a refoulé le poumon en dehors, en arrière et en haut; elle est nettement distincte du poumon qu'on peut facilement séparer d'elle par clivage. Elle semble être formée aux dépens de la plèvre, diaphragmatique ou médiastine. Cette tumeur a une forme irrégulière, présente des bosselures; sa consistance est molle, sa coloration blanc jaunâtre; sur la coupe, elle a un aspect colloïde ou gélatiniforme, ne contient pas de cavités; par endroits, on y voit des suffusions hémorragiques.

Le poumon, que l'on peut facilement séparer de la tumeur, a sa couleur normale; en certains endroits, il contient des noyaux durs (un dans le lobe supérieur, plusieurs dans le lobe inférieur), du volume d'une grosse noix ou d'une mandarine; sur la coupe, ils ont la même consistance et le même aspect colloïde que la grosse tumeur pleurale. Ces noyaux sont très nettement séparés du tissu pulmonaire sain de voisinage et ont le caractère de noyaux cancéreux secondaires ou métastatiques.

Dans la fosse sus-épineuse gauche, les tumeurs que, pendant la vie, on avait qualifiées de lipomes, sont nettement clivables d'avec les tissus voisins; elles ont le même aspect que la tumeur pleurale. Il n'existe aucun prolongement visible unissant ces tumeurs sous-cutanées avec le néoplasme de la plèvre.

Hémithorax droit. — Au niveau de la plèvre costale, on aperçoit une tumeur pédiculée du volume d'une grosse noix, qui se continue avec une tumeur située dans l'aisselle droite (prise pendant la vie pour un ganglion) par un prolongement ayant perforé le 3^e espace intercostal droit. Elle a le même aspect que les tumeurs signalées ci-dessus.

Une autre petite tumeur pédiculée existe au niveau de la plèvre viscérale du lobe moyen droit; on en découvre encore une autre au niveau de la plèvre viscérale du lobe inférieur : cette dernière, bien qu'ayant le même aspect colloïde, est toutefois un peu plus dure et contient à son intérieur plusieurs foyers hémorragiques.

Quelques adhérences pleurales au sommet droit; pas de liquide dans la plèvre. Le lobe supérieur du poumon droit présente à sa partie externe une excavation où vient se loger la tumeur pédiculée de la plèvre pariétale signalée plus haut. A l'intérieur de ce poumon, on trouve plusieurs noyaux néoplasiques du volume d'une grosse noix, en tous points comparables à ceux du poumon opposé.

Cœur. — Le péricarde, à gauche, est refoulé, mais non envahi par la tumeur pleurale. Le cœur ne présente rien d'anormal; l'aorte est souple.

A la partie supérieure de l'hémithorax gauche, on voit les vaisseaux sous-claviers comprimés par la tumeur. ^W

Dans le *médiastin*, pas de ganglions néoplasiques; petits ganglions anthracosiques.

Abdomen. — Pas d'ascite; estomac normal.

Le *foie* est gros et congestionné. En un point de la face supérieure du lobe droit, noyau néoplasique du volume d'une mandarine, d'aspect colloïde, avec infiltration hémorragique.

Rate normale.

Les reins ont un aspect normal, sauf qu'il existe un noyau blanchâtre du volume d'un pois dans la substance médullaire de l'un des 2 reins (il s'agit probablement d'un petit noyau néoplasique).

Les capsules surrénales, les organes génitaux n'ont rien d'anormal.

La tumeur de la paroi abdominale, du volume d'une orange, se clive bien d'avec le tissu conjonctif voisin et a le même aspect colloïde que la tumeur pleurale.

Examens histologiques. — Divers fragments ont été prélevés pour l'examen histologique au niveau de la tumeur pleurale, et des tumeurs sous-cutanées.

Fixation à l'alcool. Coloration à l'hématéine-éosine.

1° *Tumeur pleurale.* — La tumeur pleurale, examinée histologiquement, présente à sa périphérie une coque fibreuse épaisse, et, au-dessous d'elle, on trouve, dans les mailles très larges formées par quelques travées fibreuses, un tissu rappelant de tous points le tissu adipeux mais avec quelques particularités : en certains points, les vésicules adipeuses offrent tout à fait l'aspect typique, mais en d'autres endroits, entre celles-ci, on note des espaces d'aspect hyalin ou vaguement grenu dans lesquels apparaissent d'abondants noyaux. Ces infiltrats s'insinuent entre les vésicules ou les groupes de vésicules et forment en certains points de véritables nappes. Les vésicules ont des dimensions très variables.

Semblable tumeur rentre dans le cadre du lipome, mais avec des particularités qui évoquent l'impression d'une tumeur en variation active et conséquemment d'une néoplasie rappelant ce qui a été décrit sous le nom de lipome malin.

2° *Tumeurs sous-cutanées.* — Les divers fragments examinés ont le même aspect que celui de la tumeur pleurale; dans quelques-uns d'entre eux les vésicules adipeuses sont moins abondantes et les infiltrats cellulaires bien plus nombreux.

Cancer colloïde de la plèvre.

Il ne s'agit là que d'un autre aspect macroscopique de la tumeur. L'observation suivante en est un curieux exemple.

Observation. (Demange). — Cancer colloïde primitif de la plèvre. — (*Revue Médicale de l'Est*, 1879, p. 108 à 114).

Kellé Dominique, âgé de 67 ans, journalier, entra le 3 septembre 1878 à l'hôpital St-Charles, salle St-Roch n° 8.

Toujours il a eu une excellente santé, pas d'alcoolisme ni de syphilis. Il y a quinze ans il a eu des accès de fièvre intermittente qui ont duré sept semaines; jamais il n'a eu d'autres maladies.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital il a ressenti des douleurs vagues dans le dos et la poitrine. La respiration était moins libre et souvent une fatigue inaccoutumée l'obligeait à interrompre son travail. Vers la même époque il souffrit pendant trois jours d'un point de côté à droite et en même temps survint une toux sèche peu fréquente et quinteuse. Ce point disparut mais la respiration devint de plus en plus haletante. Il ne pouvait marcher un peu longtemps ni porter des fardeaux sans se reposer. Enfin il était sujet à des palpitations.

Etat actuel. — Cet homme est excessivement maigre et porte plus que son âge; ses traits sont fatigués et la figure exprime un état d'anxiété continuelle. Il se plaint d'avoir la respiration gênée; en effet il est sans cesse assis sur son lit, incliné du côté droit. La respiration est plus fréquente, varie entre 30 et 40 par minute. Le moindre mouvement provoque une toux sèche, quinteuse, pénible; la douleur du côté a disparu. A l'examen de la poitrine nous constatons en avant : à gauche sonorité normale même un peu exagérée, respiration rude, puérile, pas de râles.

A droite sous la clavicule son skodique très prononcé; ma-

tité à partir du 3^e espace se continuant avec la matité du foie. Celle-ci dépasse les fausses côtes de 4 centimètres; le bruit vésiculaire a complètement disparu et il est remplacé par un souffle qui s'entend dans toute la hauteur du poumon.

En arrière à gauche sonorité normale dans les 2/3 supérieurs, diminuée dans le 1/3 inférieur, respiration normale; en haut, râles muqueux à la base, à droite matité absolue dans toute la hauteur et dans l'aisselle. Souffle amphorique expiratoire très prononcé s'entendant dans toute la hauteur du poumon et dans l'aisselle. Absence complète de bruit vésiculaire, vibrations thoraciques disparues presque complètement; voix chuchotante dans toute la hauteur; pas d'égophonie; voussure thoracique très manifeste à droite. La pointe du cœur bat dans le septième espace inter-costal à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire; matité précordiale un peu exagérée : frémissement systolique perceptible à la pointe; pas de souffle, les bruits sont réguliers et sourds; stase des jugulaires. Pouls dépressible à 100. Température 37°8. Appétit faible, digestions régulières; selles et urines normales.

Le 6, même état, pas de fièvre. Thoracentèse donnant issue à 3 litres 300 centilitres d'un liquide séreux, jaune citron, très légèrement louche.

Après la ponction, disparition du souffle amphorique remplacé par un souffle doux, réapparition du bruit vésiculaire dans les 3/4 supérieurs du poumon. Soulagement immédiat.

Le 7, l'oppression n'a pas reparu, le murmure respiratoire s'entend dans tout le côté droit. Le souffle doux a disparu, les vibrations thoraciques ont reparu. Pas de fièvre.

Le 9 même état, frottements pleuraux.

Le 10 l'épanchement se reforme.

Les 11-13 il augmente les jours suivants.

Le 19, œdème limité à la paroi thoracique droite.

Le 21, seconde ponction amenant 1.500 grammes d'un liquide absolument semblable au premier. Soulagement immédiat.

Le 27, apparition d'un épanchement peu abondant mais incontestable dans la plèvre gauche. T. 38.

Cette apparition d'un épanchement dans la plèvre gauche fait supposer qu'il pourrait bien y avoir quelques néo-formations cancéreuses dans le poumon ou la plèvre, mais l'examen du poumon gauche ainsi que celui des autres organes est absolument négatif.

Le 3 octobre, disparition de l'épanchement à gauche. Augmentation de celui de droite.

Le 4, 3^e ponction donnant 3 litres 1/2 de liquide identique à celui des ponctions précédentes.

Le 5, soulagement.

Le 14, l'épanchement a reparu.

Le 17, nouvelle ponction amenant un liquide semblable à celui des premières ponctions (1.900 grammes) mais après laquelle la sonorité ne revient pas franchement. Les crachats sont toujours rares et purement muqueux..

Le 24, l'épanchement a augmenté, l'état général est très mauvais, nouvel épanchement à gauche. Mort le 1^{er} novembre.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on constate que les deux plèvres renferment un liquide citrin analogue à celui qui a été extrait par les ponctions. La plèvre droite en contient 3 litres environ, la plèvre gauche 1 litre. Le poumon droit est refoulé directement au sommet de la cavité thoracique où il est fortement adhérent par sa partie supérieure tandis que la partie inférieure est libre et flotte dans le liquide ce qui explique la possibilité de la dilatation du poumon après les ponctions. Il est réduit pour le moment à la moitié environ de son volume normal.

La plèvre costale droite est tapissée dans toute son étendue par des tumeurs de volume variant de celui d'un gros pois à celui d'un grain de raisin; elles sont d'un aspect blanc jaunâtre rappelant assez la coloration d'un grain de raisin blanc bien mûr. Leur aspect est gélatineux, leur consistance dure pour les uns, molle pour les autres; ces dernières à la pression s'écrasent assez facilement et laissent échapper un liquide gélatiniforme et hyalin.

A la coupe ces tumeurs sont blanchâtres et on n'aperçoit pas de foyers hémorragiques ni de vaisseau dans leur intérieur. Des tumeurs semblables couvrent la plèvre viscérale, sur la plèvre gauche elles sont de même nature mais très disséminées.

Dans les deux poumons on rencontre de ces néoplasies autour des bronches; autour le tissu pulmonaire est sain mais comprimé. Les ganglions du hile sont cancéreux. On trouve dans le foie des tumeurs analogues, quelques ganglions abdominaux sont également atteints. Le tube digestif et l'estomac sont sains, la rate est normale.

Le péricarde et le cœur sont normaux; les reins offrent par places des tumeurs d'aspect colloïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons suffisamment insisté dans les chapitres précédents sur les intéressants caractères macroscopiques différentiels des diverses tumeurs primitives de la plèvre.

Etant donné leur importance nous en résumerons cependant les plus caractéristiques.

1° Les *endothéliomes* sont des tumeurs, étalées en surface, représentées par un épaissement lardacé des feuillets pleuraux, aussi bien viscéral que pariétal.

Cette tumeur étendue est creusée par place de petites géodes remplies de sérosité séro-hémorragique. La tumeur est couleur blanc rosée, de consistance plutôt mollassse.

Le poumon est encapsulé par la tumeur.

2° Les *sarcomes* sont des tumeurs circonscrites de grosseur variable le plus souvent très grande comme dans les cas de Kaufmann, de Dumarest, de Blumenau et de Pallasse et Roubiès (obs. I.).

Ils sont d'aspect mamelonné, bourgeonnant, refoulant les organes thoraciques et la paroi au devant d'eux.

La consistance en est dure,

La couleur est blanc-grisâtre, ou rosée; par place on trouve des suffusions hémorragiques.

3° Les *tumeurs mixtes* rentrent dans le groupe des sarcomes; elles en ont les caractères macroscopiques, nous n'insisterons pas.

4° Les *tumeurs bénignes* se présentent au niveau de la plèvre comme partout ailleurs, leur développement est souvent énorme (5 k° 100 obs. 3, Pallasse et Roubiès).

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Endothéliome. — On peut résumer ses caractères histologiques en quelques lignes. Il est formé d'un stroma conjonctif fibreux ou moins serré circonscrivant par place des petites logettes contenant des cellules endothéliales polymorphes qui sont réunies en amas plus ou moins réguliers.

Ces logettes sont aplaties dans le sens longitudinal; elles forment des nids néoplasiques ou, comme l'a écrit Bloch, un filet dont les mailles inégales sont occupées par des éléments cancéreux.

Il peut y avoir une plus ou moins grande quantité de tissu fibreux et de cellules néoplasiques; leur mélange se fait à dose inégale par place. Plus la zone est riche en tissu néoplasique, plus les nids cellulaires sont abondants jusqu'à former de véritables boyaux pleins. Dans les zones périphériques au contraire c'est le tissu fibreux qui prédomine.

Les cellules cancéreuses sont polymorphes plus ou moins grandes de 10 à 25 μ s, à noyau vacuolaire plus ou moins volumineux; on y trouve parfois des inclusions

des figures de karyokinèse (Podak, Schuetzevel, Ferrio, Pickner, Lesieur, Savy et Mazel).

Par place Lesieur, Savy et Mazel ont même noté la présence de véritables nappes plasmodiales renfermant plusieurs noyaux caractérisés, disposés plus particulièrement à la périphérie, mais également au centre de l'élément.

Les cellules du stroma sont fusiformes.

A côtés de ces cellules il y a toujours des lésions inflammatoires sous l'aspect d'une infiltration de cellules rondes.

Tumeurs mixtes

Lipomes malins. — Les lipomes malins présentent à leur périphérie une coque fibreuse épaisse, d'où partent des mailles conjonctives lâches, remplies de cellules graisseuses typiques.

Par place les lames graisseuses sont infiltrées d'abondantes cellules polymorphes, à noyau vacuolaire bien colorable. Ils peuvent donner des métastases de même nature en particulier dans le tissu sous-cutané (Pallasse et Roubiès).

Fibromes myxomateux. — Ils présentent également à leur périphérie une coque fibreuse sous forme de capsule, avec au centre de la tumeur des îlots en transformation myxomateuse (Sabrazès et Muratet) : « Les cellules conjonctives libérées de leurs attaches filreuses,

dans les parties marginales plus vascularisées, s'arrondissent, se multiplient, s'accumulent autour des vaisseaux, formant des nids sarcomateux.

Chondro-sarcomes. — Ils offrent la même dégénérescence sarcomateuse du stroma cartilagineux.

HISTO-PATHOGENIE.

L'origine des sarcomes, fibromes, lipomes, tumeurs mixtes se fait aux dépens d'un élément constitutif bien défini de la plèvre. On n'est pas encore fixé sur l'origine réelle de cette tumeur particulière à la plèvre, tumeur qui lui est propre, à laquelle on a donné le nom d'endothéliome.

Le sarcome aussi bien que le fibrome, le lipome ou la tumeur mixte fibro-lipo-sarcomateuse peut se développer en n'importe quel point de l'organisme où existe le tissu conjonctif; l'endothéliome lui ne se développe qu'au niveau de la plèvre. C'est donc bien la tumeur primitive vraie de la plèvre, par opposition aux autres, qui ne sont que des tumeurs banales.

Dès son individualisation par les anatomo-pathologistes on a discuté sur l'élément cellulaire qui donne naissance à cette tumeur.

Certains auteurs constatant que la tumeur est riche en tissu conjonctif admettent que c'est un sarcome, dont la disposition en maille de filet du tissu élastique sous-pleural donne l'apparence pseudo-épithéliomateuse,

(Pirkner, Glockner, Rudel, Bœhme, Podack, Savy, Lesieur et Mazel) d'où le nom de sarcome endothélial alvéolaire ou de sarco-carcinome qui lui ont été donné.

Enfin d'autres auteurs voient dans les lymphatiques particulièrement nombreux sous la plèvre le point de départ de la tumeur. D'où le nom de lymphangite proliférante ou carcinomatose de Schewinger, Nielsen, Frœnckel.

Ces auteurs affirment avoir observé les points de la tumeur où le lymphatique, tapissé lui-même d'un endothélium sous-pleural, donnait naissance au néoplasme.

Enfin Schewinger a rapporté un cas de « lymphangitis prolifera » généralisé à tous les organes de l'abdomen. Harris conclue lui-même à l'origine endothéliale lymphatique.

Pour Schultz l'endothéliome pleural est un cancer endothéliomateux, c'est-à-dire que cette tumeur est née aux dépens de l'endothélium pleural dont l'origine doit être recherchée aux dépens de l'endoblaste primitif (feuillet interne du blastoderme).

Cette théorie a été reprise par Benda qui a constaté la prolifération de l'endothélium de revêtement.

Un autre argument plaide en faveur de la théorie de l'origine endothéliale : c'est la structure des métastases, laquelle, comme chacun sait, représente comme purifié le foyer néoplasique primitif. Lambrecht et Ferrio (cités par Bloch) ont observé, l'un une métastase méningienne, l'autre une métastase hépatique, ayant une structure très nettement épithéliale.

M. Bloch qui expose la question avec beaucoup de clarté se rattache à cette opinion. Dans sa très belle observation il a admis également le point de départ au niveau de l'endothélium de bordure. Il explique la diffusion en surface à la plèvre par les espaces et canaux lymphatiques extrêmement riches à ce niveau et qui végéteraient à leur tour. Il croit également « que le tissu conjonctif irrité par le voisinage, proliférerait par endroit et donnerait ces aspects pseudo-sarcomateux qu'on a relatés ».

Pour M. Letulle, l'endothéliome ne se développerait que sur une plèvre déjà irritée chroniquement et dont, par conséquent, endothélium lymphatique et tissu conjonctif seraient déjà épaissis.

Il pense pouvoir affirmer cette opinion par le fait suivant qu'il a observé avec MM. Bezançon et Jacquelin. Il s'agissait d'un cas de cancer de la plèvre, développé sur une séreuse épaissie et irritée par un processus de sclérose pleurogène syphilitique.

Bertaud discute la possibilité d'une origine tuberculeuse et croit pouvoir expliquer le mécanisme de la prolifération pseudo-néoplasique, d'abord des fausses membranes et des bourgeonnements de la séreuse dans les pleurésies chroniques.

Ménétrier laisse à l'infection bacillaire « le rôle d'une inflammation chronique banale, constituant l'une des conditions les mieux établies du développement des tumeurs ».

ETIOLOGIE

Endothéliome. — Sur 50 cas connus (dont 47 in thèse de Bloch), le sexe masculin a été atteint 31 fois le féminin 19. L'âge moyen de l'endothéliome est l'âge habituel du cancer de 40 à 60 ans et Bloch n'a pu relever aucun cas avant 20 ans. Le côté atteint montre la prédominance droite assez nette, et la bilatéralité dans une dizaine de cas.

Côté droit 25 cas, côté gauche 20, bilatéralité 5.

Sarcome. — Même prédominance pour le sexe masculin. L'âge du sarcome est moins avancé; très fréquent avant 30 ans, avec 4 cas de 1 à 20 ans sur 22 cas connus.

Côté atteint : le droit 11 cas, le gauche 7 cas, bilatéralité 1. La bilatéralité est toujours secondaire, elle constitue un stade avancé de la maladie.

ETUDE CLINIQUE.

Elle est simple. Le plus souvent le cancer de la plèvre, qu'il s'agisse d'endothéliomes, de sarcomes, de tumeurs mixtes, a une symptomatologie presque toujours identique.

Le **début** est insidieux, par de la fatigue, de l'asthénie et de la dyspnée, perte de l'appétit et amaigrissement. Ces signes que l'on confond le plus souvent avec les signes dits d'imprégnation bacillaire sont dus aux cas associés à l'apparition d'un syndrome pleurétique. Ils peuvent par suite faire errer le diagnostic. Certaines particularités cliniques et la ponction qui ramène un liquide séro-hémorragique, permettent au contraire d'établir ce diagnostic avec plus de précision.

Dans certains cas le début semble plus aigu : frissons, fièvre comme dans l'observation Brunati, Leuhartz, Dieulafey et Kanders. Il s'agit là en réalité d'un début apparent, coïncidant avec l'apparition rapide de la pleurésie hémorragique mais le début réel était certainement plus arriéré et aussi plus latent.

Période d'état. — Parmi les signes les plus importants il faut noter : les signes fonctionnels accusés par les malades. Ce sont avant tout :

La dyspnée : c'est une dyspnée continue, surtout très exagérée par l'effort, tardivement la dyspnée présente des paroxysmes intolérables. La douleur, permanente avec irradiations dans le bras correspondant.

L'asthénie, intense, extrême.

Les œdèmes périphériques.

L'expectoration rarement caractéristique. Elle le devient tardivement lorsqu'il y a un foyer péribronchique qui se draine dans sa bronche, elle est alors sanguinolente et l'on peut y retrouver des cellules polymorphes vacuolaires à gros noyau (obs. Bezançon, Letulle et Azoulay).

Parmi les signes généraux il faut noter : la petitesse et la rapidité du pouls qui sont constants.

La température un peu au-dessus de la normale (fébricule).

La cachexie progressive, qui constitue un signe parmi les meilleurs.

Il est à noter que la fréquence de la dyspnée, les œdèmes périphériques liés à la petitesse du pouls peuvent faire croire, comme chez le malade de MM. Bezançon, Letulle et Azoulay à un syndrome d'insuffisance cardiaque, la douleur et l'expectoration sanglante venant compléter ce tableau clinique.

Parmi les signes physiques il faut distinguer deux formes cliniques bien opposées :

a) La forme habituelle accompagnée de pleurésie hémorragique. Dans ces cas la voussure, la matité, le souffle, l'abolition des vibrations, la ponction ra-

menant un liquide séro-hémorragique ou hémorragique pur, à éléments particuliers, imposent la certitude.

La *ponction pleurale* permet de faire dans la majorité des cas un diagnostic de certitude. Elle ramène dans la règle un liquide hémorragique. — Sur 48 cas de la statistique de Bloch le liquide a été 36 fois hémorragique d'emblée et dans 4 autres cas le liquide, de séreux est devenu sanglant.

La couleur du liquide varie de la nuance rosée à celle du sang veineux pur et même parfois brun chocolat. La quantité est abondante et le liquide ponctionné se reproduit très vite. Il est vrai que le plus souvent les ponctions sont commandées par la dyspnée intense présentée par le malade qui réclame lui-même l'évacuation pleurale.

Au point de vue cytologique nous rappellerons qu'on y trouve des grandes cellules isolées ou réunies en placard, à noyau unique ou multiple, mal coloré, avec de nombreuses vacuoles. Ce sont soit des cellules endothéliales altérées, soit des cellules néoplasiques.

On rencontre également dans ce liquide : des globules rouges, des polynucléaires en quantité supérieure, en général, à celle des lymphocytes.

Au point de vue chimique : peu de fibrine, souvent des lobules graisseux plus ou moins gros.

b) La forme symphysaire endothéliomateuse. (Letulle Bezançon et Azoulay). — Dans ces cas fort rares, seule la matité est le signe de premier plan. Fait curieux et

paradoxal à première vue, cette matité s'accompagne d'augmentation des vibrations.

La ponction reste blanche malgré sa répétition. Il y a là, croyons-nous, un excellent signe de tumeur de la plèvre.

L'observation de Lesieur, Savy et Mazel rentre dans cette forme symphysaire que nous croyons devoir individualiser.

Une observation de Schultz rapportée par Wagner est identique; Glockner (II) en a rapporté une autre, Darolles, Hofmokl, Schreiber également en ont observé. Dans ces cas rares (6/50) le diagnostic clinique est encore plus difficile.

La *radiographie* rend d'importants services au point de vue diagnostic.

Deux cas sont à considérer :

a) Le néoplasme s'accompagne d'épanchement.

Dans ce cas la radiographie précise l'existence du liquide, la déviation des organes voisins (médiastin, diaphragme, foie); après ponction elle permet de voir la tumeur.

b) Le néoplasme ne s'accompagne pas de liquide.

Dans ce cas cette méthode d'examen offre un intérêt majeur car elle décele une opacité *massive dense* localisée ou généralisée en une zone d'un hémithorax.

Cette opacité a le plus souvent un contour net et précis qui se détache vivement sur la clarté du parenchyme normal; la précision de la netteté du contour a

pour nous une grande valeur diagnostique. C'est également l'avis de Dorendorf.

Cependant, le contour supérieur étant très arrondi il peut faire croire au diaphragme refoulé par une tumeur ou un kyste sous-jacent (Pallasse et Roubiès).

Collet ne lui attribue pas une grande valeur.

Rémond et Colombier, en raison de la fréquence de l'épanchement pleural concomitant, pensent qu'elle ne donne pas de renseignements bien suffisants.

EVOLUTION

Elle est identique à celle de tous les néoplasmes

On peut dire cependant que : dès que le néoplasme pleural a marqué son existence par un signe fonctionnel important, la durée de son évolution sera brève, quelques semaines tout au plus.

Ces malades meurent de cachexie progressive rapide ou, dans certains cas, de mort subite après ou pendant des crises dyspnéiques violentes.

DIAGNOSTIC

C'est un diagnostic de table d'autopsie, en effet le diagnostic de *tumeur primitive de la plèvre* est impossible à poser :

1^o soit en pratique, il s'agit d'individus présentant les signes d'épanchements pleuraux chez lesquels la ponction ramène un liquide hémorragique se reproduisant facilement et qui devient de plus en plus foncé.

2^o soit d'individus présentant radiologiquement une ombre pulmonaire nette à contour arrondi, tranchant sur la clarté du parenchyme respiratoire normal et entraînant des déviations d'organes plus ou moins importants :

Dans le premier cas on éliminera :

La pleurésie tuberculeuse par les examens de laboratoire et l'âge du sujet.

L'hématome pleural simple qui ne se reproduit pas après la ponction.

Certains cas de pachypleurites : éthylique, brightique et cirrhotique.

Dans le second cas on éliminera :

Le kyste hydatique du poumon et du foie, qui est

caractérisé par l'éosinophilie sanguine, par la réaction de Weinberg-Parvu, par l'intra-dermo-réaction au liquide hydatique.

L'anévrysme de la crosse de l'aorte, par l'examen du cœur et des vaisseaux, par l'examen du pouls, et de la pression artérielle aux différents membres, par des caractères radiologiques d'expansion et de battements.

La tuberculose lobaire massive : par l'examen des crachats.

*
* *

Dans les deux cas on ne pourra, en dernière analyse, ne poser que le diagnostic de néoplasmes pleuraux pulmonaires.

Nous rappellerons pour mémoire que A. de la Ménardière et plus tard Ferio ont pratiqué le « harponnage » de la paroi, grâce à un petit appareil formé d'un trocart à encoche qui est capable de prélever une biopsie pleurale. Ce procédé ne peut pas être recommandé.

TRAITEMENT

Le traitement ne peut être qu'un traitement chirurgical; il faut envisager un certain nombre de cas.

Dans le cas de tumeur bénigne, le volume progressivement croissant de la tumeur peut entraîner à poser l'indication opératoire qui sera l'excision totale de la tumeur, à condition encore que celle-ci ne soit pas trop adhérente aux organes voisins (poumons et médiastin en particulier), ni trop volumineuse (cas de Pallas et Roubiès III).

Dans le cas de tumeurs malignes, la totalité des cas s'accompagnant de pleurésie hémorragique est inopérable. Reste le cas de certains sarcomes bien encapsulés, n'ayant donné aucune métastase et n'ayant contracté aucune adhérence aux plans voisins.

Trois cas de la sorte ont été opérés. Ce sont ceux de Ricard, de Herbet et de Garré qui extirpa un sarcome pleural de 1250 gr. chez un individu qui deux ans plus tard était encore en parfait état.

Des lignes précédentes, il résulte que le diagnostic de tumeur maligne de la plèvre pose un pronostic fatal presque à coup sûr.

CONCLUSIONS

I. On peut ranger les tumeurs primitives de la plèvre en :

a) *Tumeurs bénignes* : adénomes, chondromes, lipomes, fibromes.

b) *Tumeurs mixtes* : fibromes et lipomes (malins).

Celles-ci relèvent du processus sarcomateux.

c) *Tumeurs malignes* : sarcomes, endothéliomes.

d) *Tumeurs inflammatoires* : tuberculomes et syphilomes (pleuraux).

II. Parmi les tumeurs bénignes les fibromes pleuraux sont les plus fréquents; ils peuvent être : *circoscrits, diffus, pédiculés, libres*.

Leur volume peut être souvent considérable (5 kgr. 500, Pallasse et Roubiès) et ils peuvent entraîner des troubles de compression intra-thoraciques graves, pouvant aboutir à la mort.

III. Les tumeurs malignes les plus fréquentes sont : les sarcomes et les endothéliomes.

IV. Les sarcomes sont des tumeurs circonscrites de volume variable apparaissant souvent chez des sujets très jeunes.

V. Les endothéliomes sont à proprement parler les tumeurs malignes primitives vraies de la plèvre; elles ont des caractères spéciaux qui les différencient nettement des autres tumeurs pleurales. Elles sont diffuses, étendues à la totalité de la plèvre tant viscérale que pariétale, y compris la plèvre diaphragmatique et interlobaire. Elles peuvent encapsuler le pòumon, l'emprisonnant dans une véritable gaine néoplasique mesurant de 1 à 2 cm. d'épaisseur.

VI. Ce néoplasme se diffuse de 3 manières différentes :

a) Par l'envahissement des cloisons conjonctives interlobulaires.

b) Par les lymphatiques sous-pleuraux particulièrement abondants et qui peuvent contribuer à l'extension en nappe du processus.

c) Par un processus d'envahissement de contiguïté.

VII. C'est un néoplasme purement primitif de la plèvre. MM. Letulle, Bezangon et Azoulay ont pu constater son origine au niveau même de l'endothélium pleural (né aux dépens de l'endoblaste primitif).

Au point de vue de la nature de cette tumeur, on a discuté pour savoir : si elle était de nature endothéliale

pure, développée aux dépens de l'endothélium pleural, soit aux dépens de l'endothélium lymphatique (Nelsen et Froenckel).

D'autres encore la considèrent comme un fibro-sarcome endothéliomateux.

Nous croyons que c'est une tumeur mixte développée aux dépens de tous les éléments de la plèvre (endothélium, tissu conjonctif et lymphatique).

— L'examen histologique nous ayant montré le point de départ endothélial indiscutable, l'envahissement considérable des lymphatiques et enfin également un aspect fibro-sarcomateux caractéristique avec des néo-vaisseaux sarcomateux.

VIII. Il est logique d'admettre que les irritations chroniques de la plèvre telles que : pleurites chroniques en particulier (tuberculeuses et syphilitiques) sont des causes prédisposantes au développement de ces tumeurs.

IX. Au point de vue clinique, les tumeurs malignes donnent naissance dans la grande majorité des cas à un syndrome pleurétique vrai (pleurésie hémorragique).

Parfois, et c'est un caractère propre à certains endothéliomes, le liquide fait défaut et on a alors affaire au syndrome symphysaire endothéliomateux.

X. Au point de vue radiologique après évacuation ou en l'absence de liquide pleural, ces néoplasmes se traduisent par des ombres denses nettement limitées et à contour supérieur le plus souvent arrondi.

XI. Néanmoins le diagnostic différentiel entre les tumeurs primitives de la plèvre et les tumeurs secondaires est impossible.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bertrand.** — Les néoplasmes de la plèvre (Montpellier, *Thèse* 1912-1913).
- Bloch (Maurice).** — Les néoplasmes primitifs de la plèvre. (*Thèse* Paris, 1905, n° 414).
- Collet.** — Néoprimitif de la plèvre (*Thèse* Lyon, 1913-1914).
- Guiénard.** — Tumeurs primitives de la plèvre (*Archives provinciales de chirurgie*, 1911, p. 179).
- Guyot et Parcellier.** — *Revue de chirurgie*, 1912.
- Lesieur, Savy, Mazel.** — Tumeurs malignes de la plèvre (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie-pathologique*, mai 1913, n° 3).
- Letulle.** — Le poumon (*Maloine* 1925, p. 682-693).
- Pallasse et Roubiès.** — Tumeurs primitives de la plèvre (*Annales de médecine* 1916, n. III).
- Pommay-Michaux et Boué.** — Sarcome du cœur secondaire à sarcome primitif de la plèvre. (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1919).
- Rémond et Colombier.** — Néo-primitif de la plèvre (*Revue médicale* 1922, n° 7).
- Ricard.** — Sarcome primitif de la plèvre. (*Société de chirurgie*, 10 juin 1908).
- Roger et Lapèyre.** — Néo-primitif de la plèvre. (*Montpellier médical*, 16 février 1913).
- Sabrazès et Muratet.** — Myxo-fibrome de la plèvre. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomo-pathologie*, mai 1909, p. 580).
-

